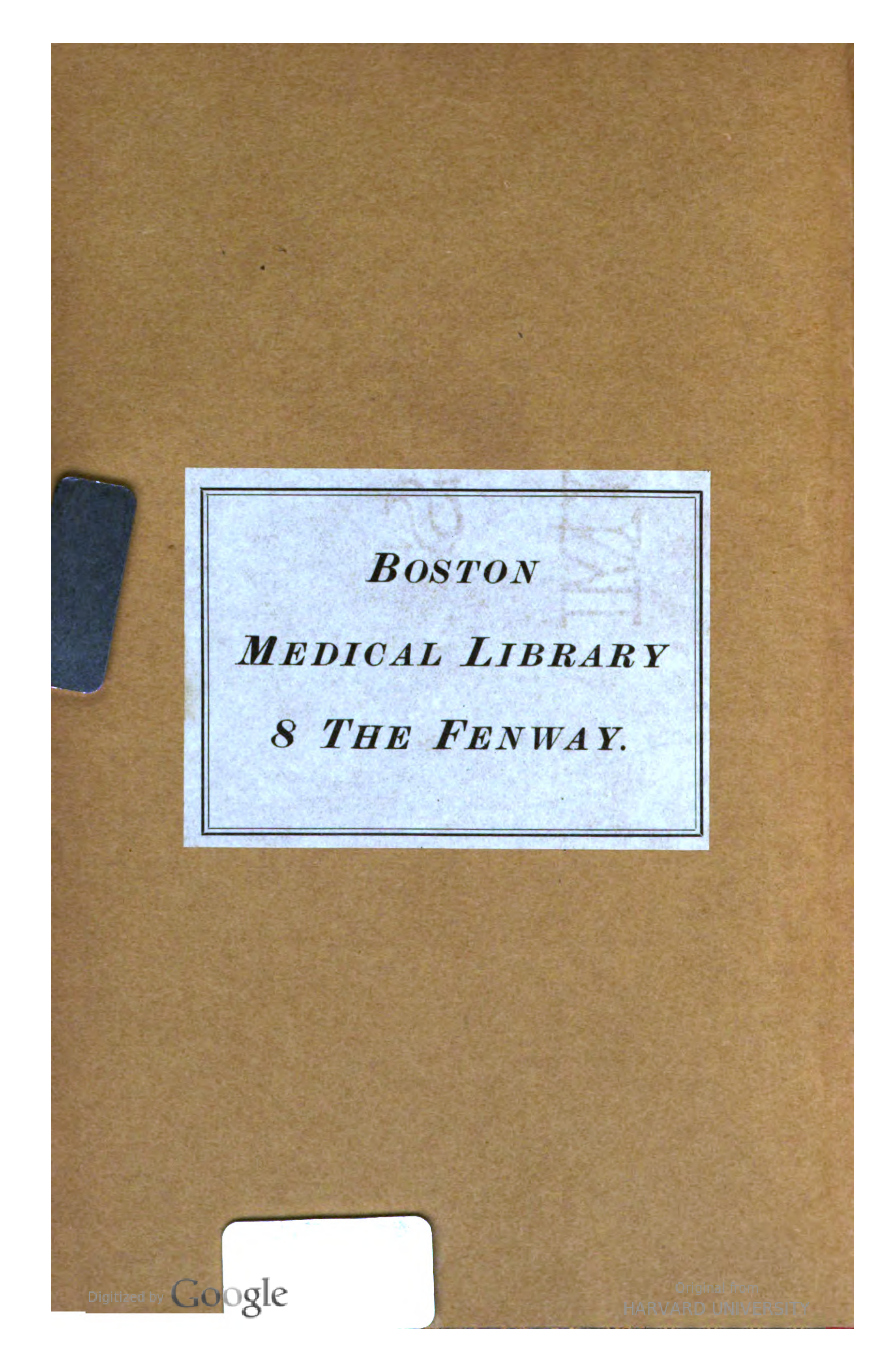



BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

MEDICINISCH-CHIRURGISCHE

RUNDSCHAU.

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE

GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Unter Mitwirkung der Herren
Dr. Joh. Baaz (Graz), Dr. Freiherr v. Buschman (Wien), Doc. Dr. Englisch (Wien), Prof. Eppinger (Graz), Doc. Dr. Finger (Wien), Reg.-R. Prof. A. v. Frisch (Wien), Prof. Dr. Glax (Graz), Doc. Dr. Grünfeld (Wien), Dr. Hajek (Wien), Oberstabsarzt a. D. Dr. Hastreiter (Strassburg), Sanitätsrath Dr. Hausmann (Meran), Sanitätsrath Dr. Emerich Hertzka (Carlsbad), Dr. Hönigsberg (Gleichenberg), Prof. Dr. Th. Husemann (Göttingen), Dr. Jadassohn (Breslau), Prof. Kaposi (Wien), Dr. J. Karlinski, k. k. Bezirksarzt (Stolac), Prof. Dr. E. H. Kisch (Prag-Marienbad), Prof. Kleinwächter (Czernowitz), Sanitätsrath Dr. Knauthe (Dresden), Dr. Richard Kohn (Breslau), Doc. Dr. C. Kopp (München), Doc. Dr. E. Lewy (Wien), Doc. Dr. Kornél Lichtenberg (Budapest), Prof. Dr. A. Lobmayer (Agram), Hofr. Prof. E. Ludwig (Wien), Dr. L. Mendl (Fünfkirchen), Prof. Dr. Mikulicz (Königsberg i. Pr.), Prof. Dr. A. Neisser (Breslau), Prof. Dr. Obersteiner (Wien), Dr. J. Offer (Hall in Tirol), Dr. Ignaz Purjesz (Budapest), Prof. Dr. v. Reuss (Wien), Dr. Rochelt (Meran), Prof. Prokop Freiherr von Rokitansky (Innsbruck), Prof. Fr. Schauta (Prag), Dr. M. Schnirer (Wien), Primararzt Dr. Fr. Schnopfhagen (Linz), Dr. Steigenberger (Budapest), Dr. Fr. Steiner (Wien), Dr. J. Sterk (Wien-Marienbad), Dr. v. Swiecicki (Posen), Dr. C. Touton (Wiesbaden), Dr. Veninger (Meran) u. A.

redigirt

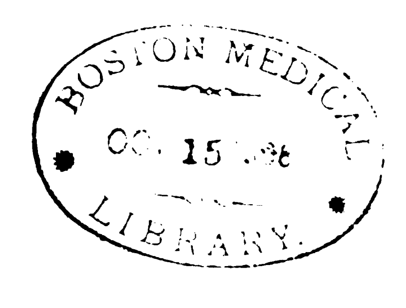
von

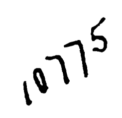
Prof. Dr. W. F. LOEBISCH
AN DER K. K. UNIVERSITÄT INNSBRUCK.

XXX. (Neue Folge XX.) Jahrgang (1889).

WIEN.
URBAN & SCHWARZENBERG,
I., MAXIMILIANSTRASSE 4.




BOSTON MEDICAL
LIBRARY.



Autoren-Verzeichniss.

Jahrgang XXX. (Neue Folge. XX.) 1889.)

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

1889.

Inhalts-Verzeichniss.

Jahrgang XXX. (Neue Folge XX.) 1889.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

1889.

A.

B.

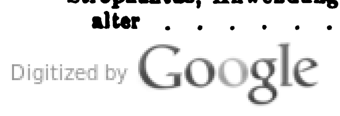
G.

H.

L.



T.



U.



Kritische Besprechungen und Bücheranzeigen.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1. ***Pneumonie und cerebrospinale Meningitis.*** *Von Dr.* ***Runeberg*** *in Helsingfors. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 46.)*

G. L., Maurer, bisher nur im vierten Lebensjahre von Blattern, vor 4 Jahren von einer nicht zu eruirenden fieberhaften Erkrankung, vor 3 Jahren von Syphilis befallen, erkrankte am 13. October 1887 plötzlich unter Frostschauer, zugleich an starkem Seitenstechen an der Brust und Verschlimmerung des seit circa 14 Tagen bestehenden Hustens. Am 14. October in die Klinik aufgenommen, war das Sensorium stark umnebelt, Temperatur 40·7° C.; der ganze Körper auf Druck empfindlich, leichte Nackensteifigkeit war vorhanden. An der rechten Lunge im unteren Lappen croupöse Pneumonie, am 16. October deutlicher Trismus, Delirien, 40·2° C., Puls 112. Am 17. October Zunahme aller Symptome mit Ausbreitung der Pneumonie über die ganze Rückenseite und vorn bis zur dritten Rippe nachweisbar, leichte Facialisparese. Am 19. October ist Trismus, Facialisparese, Ptosis, Nackenstarre vermehrt. Am 20. October ist die Temperatur auf 38·2 gefallen, Puls 84, Sensorium freier. Vom nächsten Tage an tritt Resolutionsrasseln an der ganzen rechten Lunge auf; am 21. October tritt Entfieberung ein, von da an nimmt Ptosis, Nackenstarre, Trismus, Facialisparese mit jedem Tage ab und am 7. November wird der Patient als geheilt entlassen.

Es lag hier zweifellos ein Fall von gleichzeitiger Pneumonie mit Meningitis cerebrospinalis vor, welche fast gleichzeitig zum Ausbruche kamen, eine Erscheinung, welche selten auftritt. So fand *Netter*, welcher 160 Fälle von Meningitis als Complication der Pneumonie gesammelt hat, nur 12 Fälle, in denen beide zugleich oder fast gleichzeitig auftraten. Auch der glückliche Ausgang ist ein seltener. Hauptsächlich wichtig ist dieser Fall durch das Licht, welches durch ihn auf den Zusammenhang der croupösen Pneumonie und Meningitis cerebrospinalis fällt. — Die Theorie *(Laverau)*, welche diese Meningitis durch venöse Stasis im Gehirn in Folge von Circulationsstörungen in den Lungen oder durch Reflex vom Sympathicus erklärt, ist nicht mehr stichhältig. Eine andere Theorie von *Grisolle*, dass diese Menin-

gitis eine pyämische Metastase in Folge eitriger Schmelzung in der infiltrirten Lunge sei, ist nur für manche Fälle annehmbar, nicht aber im vorliegenden, wo keine eitrige Schmelzung der Lunge vorlag und keine Symptome der Pyämie vorhanden waren. Auch Embolien und Thrombosen erklären bisweilen eine Meningitis. Allgemeinere Giltigkeit erwarb sich die Theorie von *Immermann* und *Heller*, wonach man es hier mit einer complicirten epidemischen cerebrospinalen Meningitis besonders geschwächter Individuen zu thun habe. Wie aber, wenn eine complicirte Meningitis ohne gleichzeitiges Bestehen einer solchen Epidemie auftrat? Warum neigten gerade Pneumoniker dazu und nicht auch von anderen schweren Krankheiten Geschwächte, noch obendrein, wenn die Meningitisepidemie im Abnehmen begriffen war? Da trat die Idee auf, die Pneumonie sei eine Infectionskrankheit und die pneumonischen Complicationen (Meningitis, Endocarditis, Pleuritis, Pericarditis, Nephritis) wurden als verschiedene Localisationen derselben Krankheitserreger aufgefasst. Diese auf klinische Beobachtungen gestützten Theorien haben nun feste Stütze durch bacteriologische Beobachtungen gefunden. Der inconstante, auch bei anderen Lungenaffectionen gefundene *Friedländer*'sche Pneumoniecoccus hat dem *Talamon-Fränkel*'schen lancettförmigen Diplococcus weichen müssen, welcher letztere der specifische Mikroorganismus der croupösen Pneumonie zu sein scheint. Bei gewissen Meningitiden, Pleuritiden und Endocarditiden kommen nun dieselben Coccen vor, sowohl bei Meningitiden als Complication von Pneumonie oder ohne dies. Auch Reinculturen und Thierexperimente sprechen dafür. — Wie die bacteriologischen Beweise, so sind die klinischen Momente deutlich sprechend: der gleichartige Charakter der Lungen- und Meningealaffectionen sind auffallend; die Symptome fangen gleichzeitig an, beide Processe entwickeln sich und erreichen ihre höchste Intensität in übereinstimmender Weise, bei beiden bringt die Krise wesentliche Besserung und die Convalescenz schreitet bei beiden gleichförmig vor. — Der Verf. bringt nun einen zweiten Fall von Pneumonie, complicirt mit Meningitis, heilend, bei einer Familie, in welcher noch zwei weitere Fälle von Pneumonie ohne Meningitis auftraten. — Ein dritter Fall, Cerebrospinalmeningitis ohne Pneumonie, zeigt in seinem Krankheitsverlauf eine grosse Aehnlichkeit mit croupöser Pneumonie mit kurzem Verlauf. In solchem Falle findet die *Netter*'sche Anschauung Stütze, dass die extrapulmonären Localisationen des pneumonischen Giftes unabhängig von dem Vorhandensein einer Localisation in den Lungen auftreten können. Ist dies richtig, so ist die sporadische Cerebrospinalmeningitis als Pneumoniecoccus-Infection erklärt. Epidemische Cerebrospinalmeningitis ebenso entstehen lassen zu wollen, ist wohl ungerechtfertigt; möglich, dass die Symptome einander gleichen, die Aetiologie aber verschieden ist. Die nahen Beziehungen zwischen Pneumonie und Meningitis zeigen sich auch in der Frequenz, welche gleichzeitig ansteigt. In derlei Epidemien vermuthet der Verf. epidemisch auftretende Pneumoniecoccus-Infectionen. Eine Eigenthümlichkeit derselben zeigte sich dem Verf. in gleichzeitig auftretendem Empyema pleurae.

Hausmann, Meran.



2. *Mittheilung über das Vorkommen der Fränkel'schen Pneumoniecoccen in einem Falle von Meningitis cerebrospinalis.* *Von Dr.* **Hauser** *in Erlangen. (Münchener med. Wochenschr. 1888. 36.)*

Nach *Fränkel*, *Weichselbaum* und Anderen ist der *Fränkel*'sche Pneumoniecoccus auch der Erreger der an croupöse Pneumonie sich anschliessenden und der genuinen cerebrospinalen Meningitis. Dr. *Hetzel* beobachtete einen 13 Monate alten Knaben, welcher am 24. April rasch unter eclamptischen Anfällen und Bewusstlosigkeit erkrankte, worauf in der Nacht leise Zuckungen an den linken oberen und unteren Extremitäten entstanden. Am nächsten Morgen waren wieder eclamptische Anfälle entstanden, am Abend Opisthotonus mit concavem Bogen der Wirbelsäule nach hinten; am 26. April trat der Tod ein, nachdem auf der Brust bronchiale und später tracheale Rasselgeräusche eingetreten waren. Die Section bestätigte die Diagnose: Eitrige Lepto-Meningitis der Convexität mit leichtem Uebergreifen auf die Hirnbasis, pneumonischer Herd im rechten Unterlappen, desgleichen links. Das grosse Gehirn, dessen Windungen an der Oberfläche abgeplattet waren, war weich, blutreich; die weichen Häute trocken, eitrig infiltrirt; die des Halsmarkes lebhaft injicirt. Die eitrig infiltrirten Hirnhäute sind massenhaft von Coccen durchsetzt in Form einer Reincultur und stimmen vollkommen mit den *Fränkel*'schen Pneumoniecoccen überein, lancettförmig von Gestalt, mit ihren stumpfen Enden in der Form von Diplococcen aneinander gereiht; sämmtliche Coccen sind von einer Kapsel umgeben. Am massenhaftesten sind die Coccen im eitrigen Exsudat enthalten, theils gleichmässig ausgestreut, theils in die Subarachnoidealräume angehäuft, oft frei, oft in Eiterzellen eingeschlossen, häufig sind die Gefässwände von Coccen durchsetzt. In der Gehirnsubstanz selbst waren nirgends Coccen aufzufinden. Leider durfte die Lunge nur makroskopisch untersucht werden. Die lückenhafte Beobachtung behält trotzdem durch Auffinden der Pneumoniecoccen im meningitischen Exsudate, bei bestehender croupöser Pneumonie, ihren hohen Werth. *Hausmann*, Meran.

3. *Ueber primäre Rhinitis pseudomembranacea.* *Von Dr.* **Bischofswerder** *in Schloppe. (Arch. f. Kinderheilkunde. X. Bd. II. Heft.)*

Der primäre Nasencroup ist charakterisirt als fibrinös-exsudative Entzündung der Nasenschleimhaut, durch primäres, meist isolirtes Auftreten und geringe allgemeine Erscheinungen; er ist nicht infectiös, kommt meist nur im Kindesalter vor und scheint wie der echte Larynxcroup gleichfalls bei feuchtkalter, veränderlicher Witterung häufiger vorzukommen. Der Nasencroup beginnt mit intensivem Schnupfen mit reichlichem Secret, das oft die Haut der Oberlippe erodirt und Eczem verursacht, sehr bald tritt Verstopfung der Nase ein, die Kinder athmen durch den geöffneten Mund, schnarchen des Nachts und sind im Schlafe gestört, was die Eltern zunächst veranlasst, den Arzt zu befragen. Man findet bei Inspection der Nase meist schon die ausgebildete Membran, theils noch festhaftend, theils flottirend, und lässt sich dieselbe mittelst einer kräftigen, lauen Wasserausspülung oft in



der Länge von 3—5 Cm. und 2—3 Mm. Dicke herausbefördern. Eine Erneuerung innerhalb 24 Stunden findet manchmal statt. Auch spontan, durch vermehrte Eiterabsonderung werden die Membranen abgehoben. Eine Zersetzung, Verjauchung findet nie statt. Der Rachen und Kehlkopf bleiben frei, die Lymphdrüsen des Halses schwellen nicht, die Krankheitsdauer ist circa 8 Tage, die Prognose eine günstige. Nur wenn die Erkrankung Säuglinge betrifft, können durch erschwerte Athmung und behindertes Säugen Complicationen auftreten. Die Therapie besteht in Durchspülung der Nase mit gelinden desinficirenden und adstringirenden Mitteln, als: Natr. biborac. u. Acid. boric. aa. einen halben Theelöffel auf ein Glas lauwarmes Wasser.

In der Literatur finden wir nicht viele Fälle von primärem Nasencroup verzeichnet. Verf. führt 3 Fälle aus der Klinik für Hals- und Nasenkranke des Dr. *Baginsky* in Berlin an, ein 6- und ein 13jähr. Mädchen und einen $4^1/_2$jähr. Knaben. *A. Hartmann* (Deutsche med. Wochenschr. 1887. 29) 6 Fälle im Alter von 3 bis 9 Jahren. *Seiffert* (Münchener med. Wochenschr. 1887. 38) einen 26jährigen Schriftsetzer, bei dem Membrannachschübe drei Wochen lang dauerten, und zwei Geschwister von 3 und 6 Jahren. *Moldenhauer* (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1887. 9) 4 Fälle im Alter von 5 bis 9 Jahren. *Henoch* (Vorlesungen üb. Kinderkrankh., Berlin 1883, pag. 803) einen Fall, die 8jährige Tochter Prof. *Traube's* betreffend. Alle diese Fälle geheilt. Nur der erste überhaupt beschriebene Fall von *Schuller* (Jahrb. f. Kinderheilkunde. Jahrg. IV, pag. 331), welcher einen 5 Wochen alten Knaben betraf, endete am 14. Tage tödtlich in Folge eines intercurrirenden Erysipels. *Veninger*, Meran.

4. ***Ueber Bradycardie.*** *Von **F. Grob.** (Aus der med. Klinik in Zürich.) (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XLII. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 45.)*

Verf. bezeichnet Fälle, bei welchen die Pulsfrequenz durch eine Reihe von Tagen je mindestens einmal die Zahl 60 nicht erreicht, als bradycardische. Physiologische Bradycardie ohne alle Beschwerden fand *Grob* 6mal und wird eine solche bei einzelnen ganzen Familien, bei Fastenden und — als günstiges prognostisches, nach *Blot* und *Olshausen* auf abnormen Fettgehalt des Blutes in Folge der Verfettung der Uterusmusculatur beruhendes Zeichen — bei gesunden Wöchnerinnen durch 10 bis 14 Tagen, auch nach Abortus und Frühgeburt beschrieben. Idiopathische Bradycardie, d. i. Pulsverlangsamung und damit zusammenhängende Beschwerden bei gesunden Circulationsorganen und Fehlen anderer Organerkrankungen, wie sie als Neurosen, mitunter nach starkem Kaffee oder Tabak, nach Gemüthsdepression, bei starken Schmerzen, Erschöpfung beobachtet wird, sah *Grob* einmal und berichtet über 11 Fälle aus der Literatur, in denen die Bradycardie mit Dyspnoe, Schwindel, Ohnmachten, epileptischen und apoplectischen Zufällen vergesellschaftet war. Sectionsbefunde, abgesehen von einem Falle, in dem das Herz normal war, fehlen. Zur symptomatischen Bradycardie rechnet Verf. alle Fälle, bei welchen sich Pulsverlangsamung vorübergehend im Verlaufe irgend einer Krankheit und präsumptiver



Weise mit dieser in Zusammenhang findet. Bei 286 Fällen von Gelenkrheumatismus sah *Grob* die Erscheinung 24mal, darunter 11mal ohne nachweisbare Herzveränderung, also wohl durch Schädigung der nervösen Elemente des Herzens bedingt. Dass nicht etwa die gereichte Salicylsäure die Ursache der Pulsverlangsamung war, geht daraus hervor, dass diese auch in nicht mit Salicylsäure behandelten Fällen vorkam. Bei der fettigen Degeneration des Herzens ist nicht die (seltene) Bradycardie, sondern die Unregelmässigkeit und Schwäche des Pulses das Charakteristische. Auch bei chronischer Myocarditis kommt es selten zu Bradycardie. Diese kommt vor bei Meningitiden (Vagusreizung), Hirntumoren, Compression der Medulla oblongata, des Vagus oder Plex. cardiacus, (mitunter) bei schweren Urämien, bei Apoplexia cerebri incipiens, bei Hirnanämie, Scheintodt, Ohnmacht, bei Ischias (selten reflectorisch), ausnahmsweise bei Morbus Basedowii, bei Krankheiten der Verdauungsorgane (namentlich bei Obstipation) durch Reizung des Splanchnicus, bei Icterus, in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten (Anämie oder Schädigung der Herzganglien, respective des Herzmuskels), ganz ausnahmsweise endlich bei manchen Personen im Fieberstadium.

5. ***Ueber Morbilli adultorum.*** *Von Dr. Bohn. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 18.)*

Verf. ist der Ansicht, dass für das Maserngift eine allgemeine Empfänglichkeit vorhanden ist, und dass eine zeitweilige Immunität eigentlich nur in den ersten 6 Lebensmonaten vorkommt. Wenn Erwachsene an den Masern erkranken, so ist dies dadurch bedingt, dass sie während der Jugend durch äussere, mit der Krankheit in keiner Verbindung stehende Verhältnisse der Infection entzogen waren, wie dies z. B. das öftere späte Auftreten der Masern in fürstlichen Familien beweist. Von 28 Fällen Masern bei Erwachsenen waren drei Viertel weiblichen Geschlechtes und nur ein Viertel männlichen. Auch dies kommt daher, weil die Knaben durch Schule und Verkehr enger zusammenleben, dadurch leichter inficirt werden und die Masern daher schon in der Jugend durchmachen. Ein zweimaliges Erkranken an Masern hält *Bohn* für sehr selten. Von den 28 Fällen seiner Beobachtung endete nur ein mit Schwangerschaft verbundener und mit epileptoiden Anfällen einhergehender Fall tödtlich. Er hält nach seinen Erfahrungen dafür, dass die spät auftretenden Masern nicht besonders zu fürchten seien, um sie zu verhüten, möge man immerhin ältere Kinder so wenig als möglich dem Einfluss der Epidemien entziehen. *—r.*

6. ***Emphysem des Gesichts, Halses und der Brust bei unverletzter Thoraxwand.*** *Von Dr. Zeinemann-Lange, Weimar. (Corresp.-Bl. des Allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 1888. 6. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1888. 91.)*

Verf. wurde zu einem dreijährigen Kinde gerufen, das von einer heftigen Bronchitis capillaris heimgesucht war. Nach vier Tagen zeigte sich am Halse eine weisslich verfärbte, elastische Geschwulst, die auf Händedruck ein pergamentartiges Knistern empfinden liess, — also ein Emphysem. Dasselbe erstreckte sich vom Kinn über die vordere Halsgegend bis zur vierten Rippe

beiderseits. Eine Verletzung der Luftwege hatte nicht stattgefunden. Nach 18 Tagen war das Emphysem geschwunden. Da das Kind während der ersten Krankheitswoche von heftigem Husten gequält wurde, so waren in Folge der enormen Drucksteigerung in den Lungen jedenfalls einige Alveolen geplatzt; es war zuerst ein interalveoläres, dann allgemeines Hautemphysem hervorgerufen. Einen ähnlichen Befund hat Verf. jüngst wieder bei einem $^3/_4$jährigen Kinde gesehen, welches an Keuchhusten litt. Das Emphysem war aber nur im Gesicht und in der Kehlkopfsgegend nachweisbar. Dasselbe war natürlich ebenfalls aus obiger Ursache zu Stande gekommen.

7. ***Zur Auflösung harnsaurer Concretionen.*** *Von **C. Posner** und **H. Goldenberg** in Berlin. (Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 13, Heft 6.)*

Die Verfasser haben im chemischen Laboratorium des Dr. *Lassar* Versuche mit Mineralwasser und Arzneimitteln angestellt, um deren Einwirkung auf eine Harnsäure, auf pulverisirte harnsaure Concremente, Harngries, Steinfragmente, auf Steine zu erforschen. Dazu haben sie das Fachinger Wasser, die Desiréequelle von Vals, Vichy, Grande Grille, Kronenquelle zu Salzbrunn, Wildungen, Helenenquelle, Salzschlirfer Bonifaciusquelle benutzt. Von Arzneimitteln wandten sie am Menschen Natron bicarbonicum an, 2·5 pro die, *Cantani's* alkalisches Pulver *(Natr. bicarbon. 0·5, Lith. carbon. efferv. 0·25, Cal. citr. 1·0,* 2 Pulver täglich), Lithion carbonicum 1·0 Grm. täglich, Borax 5—10 Grm. in 2 Tagen, Magnesia borocitric. 1 mit Sacch. 2 Theilen, 3mal täglich 1 Theelöffel. Was aus diesen genau analysirten Versuchen für die Behandlung unserer Patienten hervorgeht, fassen die Verfasser ungefähr folgendermassen zusammen: Zunächst handelt es sich um die unter dem Bilde der harnsauren Diathese verlaufenden Fälle, ab und zu zur Entstehung von harnsauren Ablagerungen und gichtischen Attaken geneigt. Liegt augenblickliche Verschlimmerung, ein directer Anfall vor, so greife man zu den stärksten Mitteln, das sind die Natronsäuerlinge Vals und Vichy oder Passugg. Wenn diese wegen des Preises nicht anwendbar sind, käme in erster Linie Fachinger Wasser in Betracht, aber nicht das oft verordnete Wildunger oder andere schwächere Mineralquellen; viel empfehlenswerther ist dann zuerst Natr. bicarbonicum 3—5 Grm. pro die, am besten in reichlichen Mengen Wassers. Ihm folgt *Cantani's* Pulver, dann auch das reine kohlensaure Lithion. Ist hingegen mehr chronische Diathese, dann ist ganz gewiss Fachingen am Platze, zwei Tage zu trinken und ein bis zwei Tage auszusetzen, nach länger anhaltendem Gebrauche ist achttägige Pause rathsam. Salzschlirf, die schwächeren Säuerlinge: Kronenquelle, Biliner, Geilnauer etc., von Arzneimitteln dürfte die sehr gut zu nehmende Magnes. borocitr. und auch der freilich schwach wirkende Borax zu empfehlen sein. Der längere Gebrauch des alkalischen Pulvers *Cantani's* dürfte nicht wegen des Gehaltes an Lithium und Kali zu empfehlen sein. Bei allen diesen Curen muss das Eintreten alkalischer Harnreaction verhütet werden. Inwieweit ausgebildete harnsaure Steine durch diese Mittel beeinflusst werden, ist schwieriger zu entscheiden. Dass eine solche Beeinflussung möglich

ist, erhellt aus den Versuchen der Verfasser klar genug, namentlich für jene kleinsten, als Gries bezeichneten Concretionen ist eine directe Auflösung bei hinreichend langer Einwirkung mit Bestimmtheit zu erwarten, beispielsweise mit Fachinger Wasser, aber die Möglichkeit einer Lösung hängt direct ab von dem Verhältniss des Volumens zur Oberfläche. Bei kleinen Grieskörnern ist die Sachlage günstiger als bei grösseren Steinchen und Steinfragmenten. Auf letztere war die Einwirkung sehr minimal, also bei Blasensteinen sehr unwesentlich, wenigstens bleibt nach Genuss von Fachinger Wasser Härte und Gefüge das frühere, der schwammartige Bau der organischen Substanz setzt dem Eindringen des Urins Widerstand entgegen. Nur einmal hatten nach Valser Desiréequellen-Gebrauch die Steinsplitter ihre Härte eingebüsst. Demnach dürfte im Anschluss an die Zertrümmerung eines harnsauren Steines in der Blase gerade die Valser Quelle durch rasche Auflösung zurückgelassener Fragmente Vortreffliches leisten. *Hausmann*, Meran.

8. ***Die Beziehungen der Tuberculose bei Thieren zur Tuberculose beim Menschen.*** *Von* ***Th. Walley*** *in Edinburgh. (Edinb. med. journ. 1888. Mai-Juni. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 45.)*

Tuberculöse Affectionen kommen bei Thieren unter sehr verschiedenen Bildern vor, massgebend ist jedoch nicht die Form des Auftretens der Erscheinung, sondern lediglich das ätiologische Moment. — Verf. stellt sich damit vollständig auf den von *R. Koch* inaugurirten und von der Mehrzahl der Autoren heute eingenommenen Standpunkt. Bei den folgenden Angaben handelt es sich immer nur um spontan auftretende, nicht experimentell erzeugte Tuberculose („Tuberculose" immer als Collectivausdruck gebraucht, also Perlsucht etc. eingeschlossen). Unter allen Thieren wird das Rind am häufigsten von Tuberculose befallen. Schafe erkranken viel seltener, ja man kann sie als relativ immun bezeichnen; es ist dies um so bemerkenswerther, als es oft keineswegs an Gelegenheit zur Infection fehlt, da Schafe häufig mit Rindern und anderen der Tuberculose unterworfenen Thieren (Kaninchen) in engster Nachbarschaft zusammen leben. Auch beim Pferde sind tuberculöse Affectionen äusserst selten; doch ist nach Untersuchungen von *Johne* und *M'Fadyean* die unter dem Namen Lymphadenoma beschriebene Krankheit als tuberculös aufzufassen. Das Schwein wird nicht gerade selten von Tuberculose befallen. Der Hund ist so gut wie immun dagegen, ebenso die Katze. Doch kann, wie bekannt, experimentell auf diese Thiere sehr wohl Tuberculose übertragen werden. Bei Hühnern ist Tuberculose häufig, bei Wasservögeln höchst selten (Gänse, Enten). *Bland Sutton* hat vor Kurzem darauf hingewiesen, dass körnerfressende Vögel ziemlich oft von Tuberculose befallen werden, ebenso fleischfressende. Kaninchen, Meerschweinchen und Affen leiden häufig an Tuberculose. Wildlebende Thiere sind im Allgemeinen frei davon, erkranken aber im Zustande der Domestication leicht. Im Allgemeinen kann also die Tuberculose als panzootische Affection bezeichnet werden. Ueber die Organe, welche Sitze der tuberculösen Veränderungen sind, lässt sich etwa Folgendes sagen. Beim Rinde sind Lunge, Leber und seröse Häute fast regelmässig befallen, die serösen Häute

wohl meist secundär. Auch tuberculöse Meningitis kommt vor, jedoch nach Verf.'s Erfahrungen nie primär, sondern immer nur als secundäres Leiden durch Vermittlung des Blutstromes. Die Verbreitung auf dem Lymphwege ist jedenfalls die häufigste. Unter den drüsigen Organen sind bei Thieren fast immun die Speicheldrüsen und das Pancreas. Die Milz ist beim Rinde ungemein selten, beim Schweine häufiger befallen; beim Pferde erkrankt sie zuweilen, wenn es sich um „Lymphadenoma" handelt, ebenso beim Hunde. — Tuberculöse Orchitis ist ziemlich häufig beim Stier und beim Eber und führt bei beiden bisweilen zu colossalen Vergrösserungen des Organs; Tuberculose des Vas deferens ist gleichzeitig oft vorhanden. Die Möglichkeit einer hereditären Uebertragung auf diesem Wege liegt also sehr nahe. Auch bei Vögeln ist tuberculöse Orchitis beobachtet. Tuberculöse Oophoritis bei Kühen ist nicht selten, ebenso Metritis; dagegen ist Vaginitis tuberculosa eine Rarität. Verf. hat sie nur einmal gesehen. Tuberculöse Nephritis kommt beim Rinde nicht eben selten vor; Cystitis schon viel weniger häufig; Urethritis äusserst selten. — Was die Digestionsorgane anlangt, so ist beim Rinde Tuberculose der Zunge, der ganzen Mund- und Rachenhöhle, des Oesophagus äusserst selten, kommt wohl höchstens bei ganz jungen Kälbern vor (Infection durch tuberculöse Milch?); auch der Magen des Rindes in allen seinen Abschnitten ist so gut wie nie befallen. Beim Schwein ist der Magen öfters Sitz tuberculöser Veränderungen, ebenso der Kropf der Hühner. Bei den Vögeln ist der ganze Darmcanal Lieblingssitz der Tuberculose, indessen pflegt sie sich bei ihnen anders darzustellen als bei Säugethieren: grosse „intramurale" Geschwülste sind die Regel, die später freilich auch zu Ulcerationen führen können; mitunter verengen sie das Lumen des Darmes beträchtlich; die Mesenterialdrüsen sind in der Regel stark geschwollen. Respirationsorgane: Beim Rinde finden sich auf der Schleimhaut der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen bisweilen tuberculöse Veränderungen; bei Hühnern ist dies ausserordentlich häufig der Fall und ganz gewöhnlich verläuft die Affection mit Bildung gelblicher Pseudomembranen, welche vielfach zu der Anschauung Veranlassung gegeben haben, dass es sich um Diphtherie handle. — Diese Pseudomembranen befinden sich auch auf den Schleimhäuten der Mund- und Rachenhöhle, des Auges und Ohres. Im Kehlkopf und der Trachea sind nicht selten tuberculöse Tumoren, bisweilen gestielte, zu finden; daneben auch Ulcerationen. Was die Lungen anlangt, so sind die tuberculösen Processe nach ihrer Vertheilung und ihrem Charakter völlig gleich denen, die man in menschlichen Lungen zu finden gewohnt ist. Der Herzmuskel ist fast immun gegen Tuberculose. Tuberculöse Erkrankungen der Knochen sind ziemlich häufig, und in Folge davon auch solche der Gelenke. Bei Hühnern kommt Tuberculose des Kammes nicht selten vor; das Gleiche gilt von den Füssen. Der Gesammtverlauf der tuberculösen Erkrankungen bei Thieren stimmt vielfach mit denen beim Menschen völlig überein, d. h. es kommen dieselben Verschiedenheiten rücksichtlich des ganzen Krankheitsbildes, sowie einzelner Symptome vor — bald mehr acut, bald mehr chronisch, mit stärkerem oder geringerem Fieber, des-



gleichen Abmagerung etc. verläuft die Krankheit. Auch Stillstände, respective Heilungen, kommen vor, am häufigsten wohl durch Verkalkungen der tuberculösen Herde. Besonderes Gewicht legt Verf. auf die tuberculösen Erkrankungen des Euters bei Kühen; dieselben sind aber durchaus nicht immer leicht zu erkennen. Sie haben eine hervorragende Bedeutung wegen der Möglichkeit der Uebertragung der Tuberculose durch die Milch. — Auch das Fleisch (und die inneren Organe) können natürlich unter Umständen gefährlich werden. Die Häufigkeit von Tuberculose bei Thieren kann kaum zu hoch taxirt werden; nach Verf. sterben wenigstens mehr Rinder und Kühe daran, als an allen anderen (sporadischen) Krankheiten zusammengenommen.

—*r.*

9. ***Zur Aetiologie und Behandlung der Zuckerharnruhr.*** *Von* ***Cantani*** *(Verhandlungen des I. Congresses der italienischen Gesellschaft für innere Medicin zu Rom vom 20.—24. Oct. 1888. — Allg. med. Central-Zeitung. 1888. 91.)*

Die Schlüsse, zu denen Verf. in seinem Berichte gelangt, lassen sich folgendermassen zusammenfassen: 1. Der Diabetes ist eine Krankheit des gesammten Organismus mit Localisation in dem chylopoetischen System. — 2. Wenn man bei den Diabetikern eine im Verhältnisse verminderte Menge Kohlensäure findet — übrigens eine Folge, nicht Ursache des Krankheitsprocesses — so ist dies so zu erklären, dass bei diesen Patienten die Oxydation der Kohlehydrate vermindert ist. — 3. Im Allgemeinen ist die Ursache des Diabetes Missbrauch von stärkemehl- oder zuckerhaltigen Speisen, weil so eine tiefe und andauernde Störung in den Stoffwechselverhältnissen entsteht. Nur in einigen, sehr seltenen Fällen ist die Krankheit nervösen Ursprungs, und meist handelt es sich hier um eine transitorische Glycosurie. — 4. Aus einer auf Grund von mehr als 1000 Beobachtungen kommenden Erfahrung glaubt Verf. vor Allem den Fleischgenuss perhorresciren zu sollen. — Von Medicamenten hat man gute Erfolge von milchsauren Alkalien zu erwarten. Die Ernährung besteht in eiweiss- und fettreichen Nährstoffen (ausser Fleisch), sowie in alkalischen Wässern. Als definitiv kann die Heilung erst dann bezeichnet werden, wenn die Patienten, ohne Zucker im Harn zu entleeren, jedes Nahrungsmittel zu sich nehmen können.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

10. ***Die specifische Behandlung des Keuchhustens mit Antipyrin.*** *Von* ***Dr. Sonnenberger,*** *Specialarzt für Kinderkrankheiten in Worms. (Separat-Abdruck aus den therap. Monatsh.)*

Ueber die günstige Wirkung des Antipyrins bei Keuchhusten haben schon mehrere Autoren berichtet, so Dr. *Demuth, Dr. Windelband, Dr. v. Genser* etc. Auch der Autor hat schon im Jahre 1887 über die Anwenduug dieses Mittels Mittheilung gemacht. Er theilt in dieser vorliegenden Arbeit das Ergebniss seiner weiteren gewonnenen Erfahrungen mit und gelangt zu



nachfolgenden Schlüssen: Das Antipyrin ist ein ausgesprochenes specifisches Mittel gegen Keuchhusten, einmal weil es rascher als alle bisher gebräuchlichen Mittel gegen Keuchhusten wirkt, ohne die so häufigen begleitenden Nachtheile zu haben; ist die Anwendung desselben namentlich in der Kinderpraxis viel leichter durchführbar, weil dasselbe keinen so unangenehmen Beigeschmack hat wie Chinin etc.; es übt eine sedative, schmerzstillende Wirkung aus, ohne dabei den nachtheiligen Einfluss auf das Gehirn, den die Narcotica insbesondere oft bei Kindern entfalten, zu besitzen; Ernährung und Verdauung der das Mittel gebrauchenden Kinder heben sich zusehends, was dieses Mittel bei Pertussis besonders werthvoll macht; im Beginne angewandt, werden die Anfälle coupirt, später gebraucht, werden die Anfälle entschieden seltener, die Heftigkeit derselben milder und die Dauer der Krankheit wesentlich kürzer. Die Dosirung anlangend, gibt der Autor ungefähr soviel Centigramme, als das Kind Monate und soviel Decigramme, als das Kind Jahre zählt und noch weniger, so dass man einem Kinde von 8 Jahren 0·50 pro dosi 3—4mal des Tages mit Wasser und Himbeersaft gemischt nach dem Essen gibt. In diesen kleinen Dosen lässt es sich wochenlang ununterbrochen gebrauchen, ohne ungünstige Nebenwirkungen zu äussern, was sehr wichtig ist; denn diese längere Verabreichung des Antipyrins ist für das vollständige Gelingen der raschen Heilung wesentlich nothwendig. Es ist sogar zweckmässig, wenn man das Antipyrin nach Aufhören der Anfälle noch 1—2 Wochen in seltenen und kleinen Gaben weiter gebrauchen lässt.

Dr. Sterk, Wien-Marienbad.

11. ***Die äussere Anwendung des Schwefels bei Hüftschmerzen (Ischias).***

Dr. *J. W. Cowden* theilt im „Atlanta Med. et Surg. Journ.", August 1888, einen höchst beachtenswerthen Fall über die günstige Wirkung der äusserlichen Anwendung des Schwefels bei Ischias mit. Der Fall betraf einen sonst vollkommen gesunden Irländer von 180 Pfund Gewicht, der an äusserst heftigen Hüftschmerzen, die nur durch subcutane Morphiuminjection für kurze Zeit gemildert werden konnten, litt. Bewegung war fast total aufgehoben. Dr. *Cowden* liess das leidende Glied in pulverisirte Flor. sulph. hüllen. Nach kaum 2 Stunden war der Pat. bei tiefem Schlafe in profusem Schweisse, Schmerzen und Leiden vergessend, gelegen. So verblieb der Kranke nach kurzem Erwachen fast die ganze Nacht schlafend und transpirirend. Des Morgens erwachend, waren die Schmerzen geschwunden, der Kranke konnte sich im Bette umwenden und sein Bein nach Belieben ausstrecken. Er stand auf und konnte in seinem Zimmer mässig Bewegung machen. Es wurde ein warmes Bad angeordnet, in welchem der Pat. tüchtig mit Seife abgerieben wurde. Nach dem Bade wurde das leidende Glied in der Sacralgegend wieder in pulverisirte Flor. sulph. gehüllt. Am nächsten Tage wieder gebadet. Die Neuralgie war geschwunden und der Kranke erholte sich auch ohne jede weitere Medication total von seinen Schmerzen. Der Athem, die Perspiration, Urin enthielten noch kurze Zeit nach der Behandlung Schwefelwasserstoff. Bei einem neuerlichen Rückfall des Kranken in Folge des Schlafens in einer Zugluft zwischen zwei

Fenstern hat der Schwefel abermals die Beschwerden behoben. Es scheint demnach der Schwefel eine specifische Wirkung bei diesem Leiden zu involviren. (Virginia Medical Monthly. 1888. Sept.)

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

12. ***Glycerinsuppositorien.*** *Von Dr. Croell in Hamburg. (Therapeut. Monatsh. November 1888.)*

Für zweckmässige Glycerinsuppositorien wünscht *Croell*, dass dieselben das Glycerin in flüssiger Form enthalten, damit es sich wie aus der Spritze auf die Darmwand ergiesse. Daher sollen die Suppositorien in Form von Hohlcylindern angefertigt werden. Das beste Material hierfür biete Cacaobutter, welches bei gewöhnlicher Temperatur fest ist, bei Körpertemperatur aber leicht schmilzt. Dabei sollen die Wände der Suppositorien nicht zu dick sein, damit die Wirkung des Glycerin durch die Masse des geschmolzenen Fettes nicht beeinträchtigt werde. Die Zäpfchen sollen für Erwachsene wenigstens 2 Grm., für Kinder 0·5—1·0 Grm. Glycerin enthalten. Als Form ist eine länglich cylindrische mit abgestumpfter Spitze die passendste. *—sch.*

13. ***Zur Wirkung des Ichthyol.*** *Von George Meyer. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 29. — Therap. Monatsh. 1888. 11.)*

Verf. prüfte, nachdem bei einer Patientin mit chronischem Gelenkrheumatismus in der städtischen Frauen-Siechenanstalt mit Ichthyolpräparaten ein sehr guter Erfolg erzielt war, die Wirkung dieses Medicamentes bei 16 anderen im Spital befindlichen Frauen, welche an derselben Affection litten. Das Alter der Erkrankung schwankte bei diesen zwischen 2 und 20 Jahren, während jene erste Person ihr Leiden 10 Jahre hatte. Es wurde äusserlicher und innerlicher Gebrauch combinirt, sowie je allein verordnet, und zwar so, dass bei allen Frauen alle drei Methoden circa 3 Wochen lang angewendet wurden. Die innere Darreichung geschah in Form der Lösung, Kapseln und dragirten Pillen; die externe in Gestalt von Pinselungen mit alkoholisch-ätherischer Solution, sowie in Application der Präparate (Lith. und Natr. sulfoichthyol.) in reiner Form. Nur bei 2 Individuen erregten die innerlich genommenen Präparate nicht irgend welche Beschwerden, die in Kratzen im Halse, Uebelkeit, Aufstossen mit dem widerlichen Ichthyolgeschmack etc. bestanden; vorher hatte keine Patientin Digestionsstörungen gehabt. Besserung des Allgemeinbefindens nach dem Gebrauch des Ichthyols wurde gar nicht beobachtet. Bei 14 Frauen hatte das Mittel auf den chronischen Gelenkrheumatismus gar keinen Einfluss, zwei klagten sogar über Verschlimmerung der Schmerzen während der Ichthyolbehandlung. Ein Grund der Verschiedenheit der Wirkung in jenem einen Falle mit günstigem Resultat und den 16 anderen mit negativem Ergebniss war nicht auffindbar. *—r.*

14. ***Zur Behandlung des diabetischen Coma.*** *Von Dr. J. Hesse. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 19. — Therap. Monatsh. 1888. 11.)*

Stadelmann fasst bekanntlich das diabetische Coma auf als eine Säureintoxication des Körpers in Folge der Bildung von β Crotonsäure, beziehungsweise von Oxybuttersäure, und empfiehlt dem entsprechend therapeutisch die Darreichung von Alkalien. *Minkowsky* hat auch bereits von der subcutanen und intravenösen



Anwendung einer 3%igen Lösung von Natrium carbonicum einen vollständigen Erfolg erfahren. Verf. hat nun bei einem 42jährigen Arbeiter, der 4·1% Zucker im Harn hatte, eine Stunde nach Beginn des Comas 250 Gramm einer 4%igen Lösung von Natrium carbonicum transfundirt. Allmälig geht das Coma in einen ruhigen Schlaf über, aus dem Patient mit klarem Sensorium erwacht. Am nächsten Nachmittag trat wieder Somnolenz ein; es wurden deshalb 200 Gramm einer 4%igen Natrium carbonicum-Lösung subcutan in den Oberschenkel injicirt; die Somnolenz verschwindet. Den ganzen folgenden Tag verbringt Patient bei klarem Bewusstsein, erst in der Nacht tritt wieder Coma ein und Patient stirbt, bevor noch eine weitere Transfusion gemacht werden konnte. Wenn auch die Transfusion in diesem Falle keinen lebensrettenden Einfluss hatte, so ist doch ihr günstiger Einfluss unzweifelhaft, da spontane Besserungen des diabetischen Comas nicht vorkommen.

15. ***Untersuchungen über die Heilwirkung von Mineralwassercuren bei anämischen Zuständen.*** *Von Dr. **Reinl**, Franzensbad. (Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. IX. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 45.)*

Verf. betont zunächst die Nothwendigkeit der Blutuntersuchungen behufs Trennung der echten Anämie (mit Verminderung der Blutkörperchenzahl und des Hämoglobingehaltes von den häufig vorkommenden Fällen sogenannter Pseudoanämie, wobei andauernde Blässe der Haut und Schleimhaut mit normalem Blutbefund einhergeht; bei letzteren Fällen handelt es sich entweder um Herzkranke oder nervöse Individuen, bei denen die Blässe wahrscheinlich auf einen dauernden Erregungszustand der Vasoconstrictoren zu beziehen ist. Nur die Fälle erster Kategorie wählte Verf. als Object seiner Untersuchungen, welche den Zweck hatten, den Einfluss von Trinkcuren eisen- oder arsenhaltiger Mineralwässer mit und ohne gleichzeitigen Moor- und Stahlbädergebrauch auf die Verbesserung der Blutbeschaffenheit solcher Kranker kennen zu lernen. Bei der Beurtheilung dieses Einflusses unterliess es Verf. nicht, auch auf die übrigen Factoren Bedacht zu nehmen, die bei Gebrauch der Wässer in einem Curorte den Erfolg der Trinkcur wesentlich unterstützen; aus diesem Grunde wurden die Versuche nicht blos an Kranken, die sich einer Cur im Badeorte unterzogen, sondern auch an in Spitalpflege befindlichen, sowie an solchen Individuen vorgenommen, die während der Cur unter gleichbleibenden Ernährungs- und Existenzbedingungen standen und ihrer gewohnten Beschäftigung nachgingen. Aus den Versuchen ergab sich zunächst im Allgemeinen, dass beim systematischen Gebrauch eines Eisenarsenwassers wie Levico, sowie auch beim Gebrauche der schwächeren und stärkeren Stahlwässer Franzensbads, der Hämoglobingehalt und die Blutkörperchenzahl Chlorotischer und Anämischer eine wesentliche Steigerung erfährt; dieser günstige Einfluss erfolgt am langsamsten bei Personen, die während der Trinkcur unter unveränderten Lebensverhältnissen stehen, rascher ist die Wirkung bei gleichzeitiger Hospitalpflege oder Aufenthalt in einem Stahlbade (wie Franzensbad); gleichzeitige Anwendung von Moor- oder Stahlbädern scheinen einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Raschheit des Erfolges zu haben.



16. ***Die neuesten Vorschläge zur Behandlung der Lungenschwindsucht.*** *Von Dr.* ***Louis Halter****. Kritisch beleuchtet von* ***A. Gottstein*** *in Berlin. (Therap. Monatsh. 1888. 11.)*

Bekanntlich empfahl *Halter* zur Behandlung der Lungenschwindsucht heisse, feuchte Luft von 50° bis 100° C. zu inhaliren. Als theoretische Grundlage dieser Methode wurde 1. die bekannte Heilwirkung des Fiebers gegen pathogene Bacterien, 2. die von *Koch* herrührende Angabe, dass die Tuberkelbacillen bei einer Temperatur über 41° C. in ihrer Entwicklung gehemmt werden, angeführt. Angesichts des Umstandes, dass diese Heilmethode durch die politischen Tagesbläter rasch popularisirt wurde, hält es *Gottstein* für angezeigt, den Werth der Methode kritisch zu beleuchten. Er zeigt zunächst, dass schon dieselben erwähnten theoretischen Grundlagen von *Halter* nicht richtig verwerthet werden. Es ist bekannt und auch zuerst von *Koch* angedeutet, dass die meisten Fälle von Lungenschwindsucht, die ulcerösen Formen, gar nicht als reine Tuberculose, sondern bacteriologisch als Mischinfection von Tuberculose und den bekannten Eitercoccen aufzufassen sind, und dass oft genug hierbei klinisch die letzteren als die verhängnissvolleren Zerstörer zu gelten haben. Diese sind aber viel widerstandsfähiger als der Tuberkelbacillus. Auch haben *Schill* und *Fischer* gezeigt, dass selbst die einstündige Einwirkung trockener Hitze bei einer Temperatur von 100° eine genügende Desinfection getrockneten Sputums nicht zu Stande brachte. *Halter* selbst hat aber seine Methode nur an einem Falle erprobt, der nicht mehr beweist, als dass eine spontane Besserung der Phthise während weniger Sommermonate möglich ist. Die Inhalationen sollen bei allen Kranken mehrmals täglich eine halbe Stunde, bei denen des dritten Stadiums, welche nur inhaliren, noch öfter oder fast permanent gemacht werden. Auch empfiehlt *Halter* bei noch kräftigen Phthisikern heisse Luftbäder. *Gottstein* verlangt daher mit Recht, dass die auf falsche Deductionen aufgebaute Methode früher klinisch geprüft werden möge, bevor sie der Oeffentlichkeit übergeben wird. —*sch.*

17. ***Zur Kenntniss des Cocaïns.*** *Von* ***O. Liebreich****. (Therap. Monatsh. 1888. 11.)*

Ebensowenig wie das Chinin, welches bekanntlich immer eine geringe Menge Cinchonin enthält, rein darzustellen ist, ebensowenig gelang es bisher mit dem Cocaïn. Während jedoch das Chinin durch die Beimengung des Cinchonins nur wenig minderwerthig wird, wird das Cocaïn durch die dasselbe begleitende in den Cocablättern enthaltene Base — Isatropylcocaïn — insoferne ungünstig beeinflusst, als sie nicht anästhetisch wirkt, sondern ein reines Herzgift ist. *O. Liebreich* hält es für wahrscheinlich, dass auch das gut krystallisirende salzsaure Cocaïn Spuren jenes Herzgiftes enthält. Nun dürfte man bald in die Lage kommen, vollkommen reines Cocaïn zu verwenden. Es werden nämlich nach *Liebermann* und *Giesel* die aus der Cocapflanze gewonnenen Neben-Alkaloide, welche als nutzloses Product bisher verworfen wurden, in Ecgonin verwandelt. Bekanntlich ist das Cocaïn Benzoyl-Ecgonin. Da man nun das Ecgonin in grösseren Mengen erhält, lässt sich reines Cocaïn in



genügender Menge synthetisch darstellen. Nach den bisherigen Beobachtungen *O. Liebreich's* an Thieren erzeugt das synthetische Cocaïn vollkommene Anästhesie ohne reizende Nebenwirkung.

—*sch.*

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

18. ***Ueber die Ursachen der peritonealen Adhäsionen nach chirurgischen Eingriffen mit Rücksicht auf die Frage des Ileus nach Laparotomien.*** *Von* **v. Dembowski.** *(Archiv f. klin. Chirurg. XXXVII. Bd., 4. Heft.)*

Verf. suchte durch Thierversuche zu eruiren, durch welche mechanischen und chemischen Reize das Peritoneum zu Adhäsionen angeregt wird. Ligaturen mit den entsprechenden Schnürstücken und Brandschorfe rufen nach Verf.'s Versuchen ganz sicher peritoneale Adhäsionen hervor. Jodoform, Blutcoagula, reizende und antiseptische Flüssigkeiten und die verschiedensten Verletzungen des Peritoneums sind ohne wesentlichen Einfluss und veranlassen an einer sonst normalen Serosa keine Verlöthungen. Den Vorschlag *P. Müller's*, um die Ausbildung der Adhäsionen zu vermeiden, und welcher darauf beruht, dass man Compressionsverbände weglässt und in die Bauchhöhle nach der Laparotomie verdünnte Kochsalzlösung eingiesst, acceptirt Verf. nicht, da unter Anderem die eingegossene Flüssigkeit sich wie bei Ascites an den abhängigsten Stellen der Bauchhöhle sammeln wird, die darauf schwimmenden Gedärme unbehindert unter einander und mit anliegenden Theilen des Perit. pariet. verwachsen können. Zu allem dem wird die injicirte Flüssigkeit ausserordentlich rasch vom Peritoneum resorbirt. Im Anhang seiner Arbeit bespricht Verf. die Mittel, welche im Stande sind, mit grösster Sicherheit diese, nach Laparotomie so wenig erwünschte, aber zu gewissen Heilzwecken doch verwerthbaren Adhäsionen hervorzurufen (z. B. bei der Fixation der Wanderniere). Verf. hat von dem Einführen eines fremden Körpers die grösste Wirkung gesehen. Der fremde Körper muss aseptisch und zugleich auch bequem zu handhaben sein. Allen Anforderungen entspricht vollständig eine syrupdicke Lösung des Celloidin in gleichen Theilen von Aether und absolutem Alkohol. Es ist eine aseptische Flüssigkeit und lässt sich bequem mit einem Pinsel auf die gegebene seröse Fläche auftragen. In einigen Secunden ist der Alkohol und Aether theils verdunstet, theils resorbirt und es bleibt ein zartes Häutchen von Celloidin zurück, welches der Serosa glatt und ziemlich fest anliegt. Obige experimentelle Arbeit, welcher zwei instructive Tafeln beigefügt sind, ist auf Anregung des Prof. *Mikulicz* gemacht worden. *v. Swiecicki.*

19. ***Klinische Beobachtungen über die Nachgeburtszeit.*** *Von* **Roemer** *in Stuttgart. (Archiv. f. Gyn. Bd. XXVIII. H. 2, pag. 282.)*

Fussend auf einem Materiale von 720 Geburten sucht *Roemer* den Einfluss des Blasensprunges auf die Nachgeburtszeit zu



eruiren. Bezüglich des Einflusses des Blasensprunges auf die Trennung von Amnion und Chorion fand er, dass, je später der Blasensprung erfolgt, um so häufiger und ausgedehnter die Trennung stattfindet. Bei nicht ausgetragenen Früchten ist dagegen die Trennung seltener, als bei reifen. Daraus ergibt sich, dass die Trennung beider Eihäute unmittelbar mit dem Geburtsmechanismus zusammenhängt. Diese Trennung erfolgt in der Regel im Momente des Blasensprunges und ist durch die Differenz der Elasticität der zwei Eihäute bedingt. Sie findet um so häufiger und ausgedehnter statt, je mehr das Chorion vom Uterus getrennt ist, d. h. je später die Fruchtblase springt. Der Einfluss des Blasensprunges auf die Dauer der Nachgeburtszeit ist folgender. Je später der Blasensprung erfolgte, desto kürzer ist die Nachgeburtszeit, gleichgiltig, ob ein exspectatives oder actives Verfahren geübt wird. Die Lösung der Nachgeburt wird durch die Wehenthätigkeit vor dem Blasensprunge vorbereitet und erfolgt der Abgang derselben um so rascher, je länger die Blase erhalten bleibt. Interessant ist der Einfluss des Blasensprunges auf den vollständigen Abgang der Eihäute. Je später der Blasensprung eintritt, desto seltener gehen die Eihäute ganz ab (besonders das Chorion) und scheint es, dass bei spätem Blasensprunge häufiger Chorionretention eintritt. Es erklärt sich dies aus der erfolgten Trennung von Amnion und Chorion. Auf Blutungen in der Nachgeburtszeit hat der Blasensprung keinen Einfluss und ebenso wenig auf die Entstehung von Fieber im Puerperium. Ueber die Therapie der Nachgeburtszeit äussert sich *Roemer* wie folgt. Beim exspectativen Verfahren ist der Blutabgang ein wesentlich bedeutender (478·5 Grm.), als bei der *Credé'schen* Methode (247·8 Grm.). Der vollständige Abgang der Eihäute wird durch das *Credé'sche* Verfahren nicht wesentlich alterirt. Das Gleiche gilt von der puerperalen Erkrankung. Das *Credé'sche* Verfahren verhütet am sichersten Blutungen in der Nachgeburtszeit und in den ersten Stunden des Puerperium. Auf Spätblutungen im Puerperium hat die Therapie der Nachgeburtszeit keinen Einfluss. Das active *Credé'sche* Verfahren ist wohl nicht immer unbedingt nothwendig, doch ist es in der Regel angezeigt, wenn nach 15—30 Minuten die Nachgeburt nicht spontan abgeht. Zum Schlusse seiner Arbeit bespricht *Roemer* die Placenta marginata. Er sah sie unter 428 Geburten 72 Mal (= 16·8%), und zwar viel häufiger bei Primiparen (in 62·5% der beobachteten Fälle). Ein Grössenunterschied zwischen der gewöhnlichen und der marginalen Placenta besteht nicht. Dagegen verzögert sich der Abgang der letzteren etwas, gegenüber jenem der ersteren. Bei marginaler Placenta gehen die Eihäute viel häufiger unvollständig ab, namentlich gilt dies vom Chorion. Bei marginaler Placenta folgen häufiger Blutungen und Fieberbewegungen im Puerperium. Mit Blutungen in der Gravidität und vorangegangenem Abortus steht die Placenta marginata in keinem Connexe. Bezüglich ihrer Aetiologie scheint sich *Roemer* der Ansicht zuzuneigen, dass, nach *Veit*, eine Endometritis decidualis vorausgeht und diese den marginalen Sitz veranlasst.

Kleinwächter.





20. ***Die Contagiosität der Vulvo-Vaginitis kleiner Mädchen.*** *Von* ***Suchard.*** *(Revue mens. des mal. del'enfance. 1888. 6.)*

Trotz der Häufigkeit, in der man namentlich in Hospitälern die Vulvo-Vaginitis kleiner Mädchen beobachtet, ist man doch über die Entstehung derselben, wie über die Art ihrer Uebertragung immer noch im Unklaren. *Suchard* glaubt nach folgender Beobachtung annehmen zu dürfen, dass die Uebertragung durch das Badewasser erfolgen kann; wenn dasselbe entweder nach einander für mehrere Kinder benutzt wird, oder aber, wenn mehrere Kinder, wie in dem vorliegenden Falle, in einem grösseren gemeinsamen Bassin gebadet werden. Am 15. Mai wurden 12 Mädchen zwischen 6 und 14 Jahren, die wegen leichterer scrophulöser Affectionen nach Lavey geschickt waren, zum ersten Mal gemeinsam gebadet, nachdem eine genaue Untersuchung der Genitalien bei keinem derselben eine Erkrankung hatte erkennen lassen. 4 Tage später wurde bei einem 6jähr. Mädchen eine Vulvo-Vaginitis entdeckt und von da ab erkrankten im Laufe von 5 Tagen sämmtliche 12 Mädchen an der gleichen Affection, während unter den übrigen Kindern der Anstalt kein einziger analoger Fall beobachtet wurde.

21. ***Ein seltener Fall von Ruptur des Präputiums beim Coitus.*** *Von Dr.* ***Thomalla.*** *(Centralbl. f. Chirurg. 1888. 45.)*

Verf. wurde von einem Cand. medic. consultirt, der angab, während des vor circa 1 Stunde vollzogenen Coitus heftige Schmerzen verspürt zu haben, die sich nach demselben noch steigerten. Er habe seinen Penis vollkommen mit Blut bedeckt gesehen, denselben mit Carbolwatte verbunden und Verf. aufgesucht. Bei der Untersuchung fand sich vollkommen ödematös geschwellte Haut des Penis. Das Präputium lag auf der linken Seite des Penis, die Eichel aber, welche das Präputium seitlich perforirt hatte, ragte durch ein Loch des Präputiums derart hervor, dass sie vollkommen in der künstlichen Oeffnung lag und das perforirte Präputium die Glans an der Corona fest umschloss. Zu erklären ist dieser seltene Fall folgendermassen: Pat. litt an so enger Phimose, dass auch bei vollkommen erigirtem Penis die Vorhaut um circa $1^1/_2$ Cm. denselben überragte. Bei dem Coitus hat sich nun die überragende Vorhaut nach der Seite umgelegt, so dass durch allzu straffe Spannung derselben und durch die steife und wahrscheinlich sehr harte Eichel die Ruptur verursacht worden ist. Die Vorhaut selbst war vollkommen gesund. *Thomalla* reponirte die Eichel und machte die Circumcision. *—r.*

22. ***Ein Fall von Abtrennung der Luftröhre vom Kehlkopf bei fast unversehrten äusseren Weichtheilen. Durch Operationen etc. erzielte vollständige Anheilung.*** *Von* ***F. W. Noll.*** *(Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. XXVII. — Centralbl. f. Chir. 1888. 44.)*

Obige Verletzung erlitt ein 20jähriger Fabriksarbeiter am 12. Januar 1886 dadurch, dass eine horizontale Transmissionsstange ein Halstuch im Nacken fasste und so lange zusammendrehte, bis es zerriss. Die Abends nöthig gewordene Tracheotomie zeigte die Abreissung der Luftröhre vom Kehlkopf, ein 3 Cm.



weites Klaffen beider, im Ring- und Schildknorpel Fissuren. Verlauf gut, wenn auch nicht ohne Störungen, nur zeigte sich Ende Mai starke Narbenstrictur des Kehlkopfausganges, so dass die Trachealcanüle nicht abgelegt werden konnte. Erweiterung mit Bougies, auch mit dem Galvanocauter erfolglos. Deshalb am 25. November Medianspaltung des Schild- und Ringknorpels einschliesslich der verengenden Narben. Zur Nachbehandlung zunächst Jodoformgazetamponade, dann 8monatliches Tragen einer modificirten *Dupuis*'schen Canüle nach *G. Passavant.* Vollkommener Erfolg. Der um das obere Canülenende gebildete Narbenring war weit genug geworden, um freies Kehlkopfathmen zu gestatten und heilte die Wundfistel nach einer Anfrischung rasch zu. Auch fanden sich jetzt die Trachealringe direct unter dem Ringknorpel fixirt. Ein geringer Rest von Kehlkopfenge wird mit *Schrötter's* Hartgummibougies zu dilatiren gesucht. (Die Ansicht des Verf., dass die Anheilung der Luftröhre am Kehlkopf „durch Operationen" etc., resp. durch das lange Tragen der Canüle bewirkt worden, kann Ref. (*Meinhard Schmidt*-Cuxhaven) nicht theilen, da nicht ersichtlich, wie hierdurch eine hebende Einwirkung auf den abwärts dislocirten Trachealstumpf hätte geschehen können. Das Wiederheraufrücken des letzteren dürfte vielmehr lediglich der Narbenretraction zuzuschreiben sein und war vielleicht oder gar wahrscheinlich schon zur Zeit der Laryngotomie, also 10 Monate nach dem Unfall, zu Stande gekommen, wurde aber erst später constatirt.)

23. ***Ueber Empyem-Operationen, insbesondere deren Nachbehandlung.*** *Von Prof.* ***Holsti*** *in Helsingfors. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 42. Bd. 6.)*

Holsti liefert einen sehr beachtenswerthen Beitrag zur Behandlung des Pyothorax. An *Runeberg's* Klinik wurden im Ganzen 27 Kranke wegen Empyem operirt. Bis zum Jahre 1883 wurden nach dem Vorschlage *Bartel's* und *Kussmaul's*, wie dies an vielen Kliniken noch heute geübt wird, tägliche Ausspülungen der Pleurahöhle vorgenommen. Da das Resultat der so behandelten Fälle, insbesondere mit Rücksicht auf die zurückbleibenden Fisteln, ein nicht befriedigendes war, wurde von dieser Zeit an, bis 1885, nur eine einmalige Spülung nach der Operation ausgeführt. Vom Herbste 1885 an wurde auch die einmalige Ausspülung weggelassen und die Resultate, die seither an 17 Fällen erzielt worden sind, waren ausserordentlich glänzende. Es trat in 16 Fällen Ausheilung ohne Zurückbleiben einer Fistel auf und nur in einem einzigen Falle, der 5 Wochen nach der Operation entlassen wurde, bestand bei der Entlassung noch eine in Heilung begriffene Fistel. *Holsti* hält dafür, jedes Empyem möglichst bald zu operiren, wenn er auch aus seiner Statistik nicht finden kann, dass die Heilungsverhältnisse bei länger bestandenem Empyem viel ungünstigere seien. Bei den Kranken, bei welchen nach der Operation keine Spülung zur Anwendung kam, war die Behandlungsdauer überdies eine wesentlich längere, als bei den nach der früher angewendeten Methode mit mehr- oder einmaliger Ausspülung Behandelten; sie betrug bei 14 Kranken 60 Tage, bei den letzten 7 Fällen nur 45 Tage. In 8 Fällen war das Empyem in Folge acuter Pneumonie ent-

standen. *Holsti* legt mit Recht grosses Gewicht auf den unbehinderten Abfluss des Eiters, und es wurde deshalb in letzter Zeit die Empyem-Operation stets mit Resection einer Rippe verbunden. Bemerkt muss hier werden, dass auch bei Empyemen mit jauchigem, übelriechendem Secrete nach der operativen Eröffnung ohne Anwendung einer antiseptischen Spülung das Secret nach und nach seine putriden Eigenschaften verlor und sich auch verringerte. *Holsti* meint, dass wiederholte Spülungen dadurch, dass dünner beginnende Adhärenzen zwischen den Pleurablättern wieder durchrissen werden, und dass die erstrebte Verwachsung der Wände der Abscesshöhle mechanisch erschwert wird, das Entstehen von Fisteln wesentlich begünstigen. Das von *Holsti* angeführte zweite erforderliche Moment der Ausspülungen, dass „die Carbollösung auf den Granulationsprocess erfahrungsgemäss einen herabsetzenden Einfluss ausübe", möchte Referent denn doch kaum als Erklärung acceptiren. Soviel scheint indessen heute schon sicher zu sein, dass, wenn man die Empyemhöhle nicht durch Eingiessungen von Flüssigkeiten (auf Kosten der Lunge, die hierdurch noch mehr comprimirt wird) vergrössert, und wenn man anderseits für eine antiseptische Behandlung durch einen genügend aufsaugungsfähigen Verband sorgt, wenn man ferner insbesondere bei früheren Fällen die Wiederausdehnung der Lunge durch Verhinderung von Lufteintritt durch die Operationswunde in die Pleurahöhle begünstigt, der Verlauf und die Ausheilung des Pyothorax Heilungsverhältnisse ergeben wird und muss, die man vor wenigen Jahren, wo diese Krankheit quoad vitam noch zu den gefährlichsten zählte, kaum geahnt hat. *Rochelt.*

24. ***Die Fertilität und der Gestationsprocess bei Weibern niederen Standes.*** *Von* **Georg Woogruf-Johnston** *in Washington. (Amer. Journ. of Obstetr. Mai-Heft. 1888, pag. 449.)*

Die Basis dieser Arbeit bilden 318 geburtshilflich-gynäkologische Fälle des „Central-Dispensary" in Washington und der Zweck derselben ist die Lieferung des Nachweises, welchen Einfluss die niedere sociale Stufe, sowie die mangelhafte ärztliche Hilfe auf das Sexualleben des Weibes ausübt. Sterilität beobachtete Verf. in 20 Procent der Fälle. Bedingt ist dieselbe durch die weitverbreitete Syphilis und Abnormitäten des Vaginalsecretes, sowie durch Vaginitis (in 14·28 Procent der Fälle), die letzteren zwei Folgen des zu häufig ausgeübten Coitus. Anteflexionen (33·33 Procent der Fälle), sowie Lateroflexionen nach rechts (in 20 Procent der Fälle) scheinen häufig Sterilität zu bedingen, die anderen Uterusverlagerungen dagegen nur selten. Fibromyome bedingen bei Schwarzen häufig (60 Procent der Fälle) Sterilität. Erkrankungen der Ovarien und Tuben sind sehr selten Sterilitätsursachen. Peri-, Parametritis, Oophoritis und Salpingitis sind bei Negerinnen selten. Am häufigsten fand Verf. als Sterilitätsursache Constitutionserkrankungen und gewisse Lebenssitten. Bei Mulattinnen kommt namentlich Scrophulose, Tuberculose und vorgeschrittene Syphilis in Betracht. Im Allgemeinen wird die Fertilität durch ungünstige äussere Verhältnisse — schlechte Ernährung, körperliche Ueberanstrengung, namentlich in früher Jugend — u. d. m. herabgesetzt. Häufig ist der Abort (in 8·69



Procent der Fälle). Die Ursachen desselben sind meist schwere körperliche Arbeiten, schlechte äussere Verhältnisse, Syphilis, Myome (insbesondere bei den Schwarzen), Traumen und geistige Excitation auf religiöser Basis. Der künstliche Abort ist selten (nur 2 Fälle). Je häufiger die Gravidität eine uneheliche ist, desto häufiger der Abort. Folgekrankheiten nach Abort sind selten. Die Gravidität erreicht nur in 82 Procent der Fälle ihr normales Ende. In gewisser Beziehung sind die Graviden der niederen Stände besser daran als jene der höheren. Sie kennen deren unzweckmässige Kleider (Mieder) nicht, sind robuster und sind seltener der Gefahr ausgesetzt, von Hebammen besorgt zu werden. Die Geburt geht in der Regel rasch vor sich. Todtgeborene Früchte sind selten (in 2·23 Procent der Fälle). Wenn auch die Diätetik, sowie die Hygiene des Puerperium nicht beachtet wird, so kommen puerperale Erkrankungen doch selten vor. Dagegen beobachtet man, dass die Lactation häufig nicht möglich ist (in 14·28 Procent der Fälle). Die Mastitis ist selten (in 2·25 Procent der Fälle). Die Ursache, dass Weiber niederer Stände häufig nicht oder nicht ausreichende Nahrung für ihre Kinder besitzen, liegt häufig in der Anämie und allgemeinen Schwäche, Folgen der ungünstigen äusseren Verhältnisse. Verletzungen der Genitalien durch den Geburtsact und deren Folgekrankheiten sind selten. Cervixlacerationen sind wohl häufiger als bei Wohlhabenden, doch leichterer Form, weil die Geburt meist ohne Intervention einer Hilfsperson vor sich geht. (Die Eihäute werden nicht vorzeitig gesprengt.) Häufiger sieht man eine mangelhafte Involution des Uterus und nachfolgenden Uterusprolapsus. Perinealverletzungen sind selten. Das Gleiche gilt von Störungen im Gebiete der Nervensphäre als Folgen von Verletzungen der Genitalorgane, Affectionen, die bei Wohlhabenden eine so grosse Rolle spielen. *Kleinwächter.*

25. ***Ueber Gelenktuberculose.*** *Von* ***Angerer.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1888. 26. — Centralbl. f. Chirurgie. 45.)*

Verf. ist ein Gegner jeder zuwartenden Behandlung tuberculöser Gelenkentzündungen geworden und plaidirt dafür, die Arthrectomie möglichst früh, falls noch keine Tuberculose in anderen Organen nachweisbar ist, vorzunehmen, und mit der Nachbehandlung die Erzielung eines beweglichen Gelenkes, auch beim Kniegelenk, anzustreben. Gibt er auch zu, dass ohne operativen Eingriff eine spontane Heilung einer Gelenktuberculose möglich ist, so hält er dies wohl nur für Ausnahmen, viele der sogenannten Heilungen für nur scheinbare, oft nach nur geringem Insulte von Recidiv gefolgt und mit schlechtem functionellen Resultate begleitet, während durch die ungefährliche Operation rasche und sichere Heilung mit befriedigendem Erfolge quoad functionem erreicht werde. Diese Ansicht wird durch den kurzen Bericht über die in den letzten 2 Jahren an 24 Kindern (unter 14 Jahren) vorgenommenen Arthrectomien des Knies zu stützen gesucht, die sämmtlich in kürzester Zeit zur Heilung kamen und nach denen nur in 2 Fällen Recidiv auftrat. 17mal wurde die Arthrectomia synovialis, in 6 Fällen diese mit Entfernung dünner Knorpelscheiben, in 7 die A. ossalis ausgeführt; 11mal fanden sich primär osteale Herde als Ausgangspunkte der Gelenk-



tuberculose. Die Dauer der Erkrankung bis zur Vornahme der Operation schwankte zwischen 3 Monaten bis zu 6 Jahren, 9mal über 2 Jahre betragend; das jüngste der operirten Kinder war $3^1/_2$ Jahre, das älteste $13^1/_2$ Jahre alt. Bei 3 wurde eine fast freie Beweglichkeit des Kniegelenks erzielt, bei den übrigen besteht entweder feste Ankylose oder eine beschränkte, federnde Bewegungsfähigkeit. In vielen Fällen trat eine mässige Beugecontractur ein, die Verkürzung ist „unbedeutend" — bis zu 4 Cm. Die Kinder gehen alle gut ohne besondere Behinderung.

26. ***Eine neue Methode gemischter Narcose.*** *Von Prof.* ***A. Obalinski*** *in Krakau. (Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. I. 15 u. 16. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1888. 41.)*

Nachdem gewisse Mittel, gleichzeitig mit Chloroform angewandt, die durch dasselbe hervorgerufenen unangenehmen Nebenerscheinungen zu verringern scheinen, wenn auch nur durch die geringere, zur Narcose erforderliche Chloroformmenge, entschloss sich Verf. das Cocaïn in Verbindung mit der Chloroformnarcose zu erproben. Verf. wandte das Cocaïn innerlich in mittleren Dosen (1—3 Centigramm) vor oder nach der Chloroformnarcose an, oder er injicirte es subcutan längs der zu operirenden Hautstelle (im Ganzen 3—5—7 Centigramm), sobald das Toleranzstadium bei reiner Chloroformnarcose eingetreten war. Er gelangte auf Grund zahlreicher Versuche zu folgenden Schlüssen: 1. Die mit Cocaïn combinirte Chloroformnarcose vereinigt in sich die Vortheile beider Anästhesirungsmethoden, d. h. der durch Chloroform hervorgerufenen allgemeinen und der durch Cocaïn bewirkten localen Anästhesie. Indem diese beiden Mittel zu einem Ziele streben, schliessen sie gleichzeitig gewisse ihnen bei separater Anwendung zukommende gefährliche Zustände aus. Schon der Umstand, dass weniger Chloroform verbraucht wird, macht die Narcose sicherer und uns zuversichtlicher in der Anwendung derselben, da gleichzeitig ein Mittel angewandt wird, von dem wir wissen, dass es das beste Excitans ist, welches im Gegensatz zur gefäss- und herzlähmenden Wirkung des Chloroforms Contractionen sowohl der Gefässe, als auch des Herzmuskels auslöst. Andererseits gibt es Individuen mit einer gewissen Idiosyncrasie für das Cocaïn, bei welchen sogar verhältnissmässig kleine Cocaïnmengen unangenehme Symptome einer Gehirnanämie (Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Gesichtsblässe, Schwindeln etc.) hervorrufen. Ein sogleich verabfolgtes Antidot, zu welchem Amylnitrit, Chloralhydrat, Chloroform, Aether und Morphin gehören, beseitigt auf der Stelle diese unangenehmen Erscheinungen. — Folglich ist eine locale Cocaïnanästhesie in Verbindung mit durch Chloroform hervorgerufener Halbnarcose viel sicherer, als eine reine Chloroformnarcose. 2. Das Erbrechen kommt bei dieser Methode der gemischten Narcose viel seltener vor. Die gänzliche Beseitigung desselben ist kaum möglich, da manchmal eine so starke Idiosyncrasie gegen Chloroform vorhanden ist, dass sogar minimale Dosen desselben Erbrechen bewirken. 3. Ganz besonders muss das leichte Erwachen aus der Cocaïn-Chloroformnarcose und das Fehlen jener unangenehmen Abgeschlagenheit und Mattigkeit nach ihr hervorgehoben werden. Das einzige



unangenehme, obwohl selten, aber doch dann und wann vorkommende Symptom ist eine stärkere Excitation, besonders bei nervösen Individuen, welche jedoch nicht allein dem Cocaïn zuzuschreiben ist.

27. ***Ein Mittel zur Verhütung des Puerperalfiebers.*** *Von Prof.* ***E. Ehrendorfer*** *in Innsbruck. (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 16. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1888. 44.)*

In Anbetracht der Gefahren, die das Einführen eines nicht gehörig desinficirten Mutterrohres in den Genitalcanal während der Geburt oder im Wochenbett nach sich ziehen kann, will Verf. die Mutterrohre aus der Hebammenpraxis vollkommen verbannt wissen. Die Verwendung der Mutterrohre ist fortan den Hebammen principiell zu verbieten; den neuen Hebammen müssen für ihre Utensilientasche keine Mutterrohre verabfolgt werden. Eine Ausnahme könnte nur dann eintreten, wenn der Arzt aus einem triftigen Grunde die eventuell zwei- bis dreimaligen Ausspülungen des Genitaltractes nicht selbst besorgen könnte. In einem solchen Falle übergibt der Arzt der Hebamme sein mitgebrachtes oder neu angeschafftes desinficirtes Mutterrohr und weist die Hebamme genau an, wie sie es anzuwenden, zu reinigen und in antiseptischer Flüssigkeit aufzuheben habe. — Nach Ablauf der Behandlung nimmt er sein Rohr wieder mit, widrigenfalls wird der Patientin der Rath ertheilt, dasselbe nie ohne ärztliche Anordnung anzuwenden. Auf diese Weise werden sicher viele Fälle von Infection intra- oder post partum vermieden werden können.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

28. ***Ueber specifische Hornhautentzündung.*** *Von Prof.* ***J. Hirschberg,*** *Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 25. — Allgem. med. Central-Ztg. 1888. 85.)*

Unter obiger Bezeichnung versteht *Hirschberg* jene Keratitisform, welche man seit *Jon. Hutchinson* als den Ausdruck einer hereditären Syphilis ansieht. Eine reine Keratitis liegt allerdings nicht vor, da neben der Hornhaut in der Regel auch die Iris und die Aderhaut, der Glaskörper oder auch die Netzhaut erkrankt sind. Die Umstände, welche in solchen Fällen auf die richtige Diagnose führen und deshalb in der Praxis zu beachten sind, sind theils anamnestisch zu ermitteln, theils durch die Untersuchung der kranken Kinder selbst festzustellen. In erster Hinsicht wird man erheben müssen, ob die Eltern gesund gewesen, ob Geschwister frühzeitig gestorben oder häufige Frühgeburten stattgefunden. An den kranken Kindern selbst kann man zuweilen Spuren verheilter schwerer Lues nachweisen, z. B. eingesunkene Nase, Narben an den Mundwinkeln, Paronychie u. s. w. Häufig ist das Wachsthum ein zwerghaftes geblieben. Was die Hornhautentzündung selbst anbelangt, so befällt dieselbe bald rascher, bald langsamer nacheinander beide Augen. Die Hornhaut gleicht einem mattgeschliffenen Glase, erscheint graublau getrübt, die Gefässneubildung vom Rande her verleiht



einer mehr oder weniger breiten Zone eine gedämpfte rothe Farbe. Geschwürsbildung kommt dabei nicht vor. Die Dauer der Erkrankung erstreckt sich über mehrere Monate. Es tritt eine relative Heilung insofern ein, als die Augen, die erst kaum Finger zählen konnten, wieder lesefähig werden. Besonders charakteristisch ist noch, dass die Gefässneubildung, auch wenn die Hornhaut für das unbewaffnete Auge durchsichtig erscheint, sich noch nach Jahren erkennen lässt. Untersucht man das Auge mit dem Spiegel, hinter welchem man ein starkes Convexglas (Nr. 2) angebracht hat, so gelingt es, die zarten Gefässreiserchen vom Rande nach der Mitte zu aufzufinden. Auch die *Hartnack*'sche Kugellupe mit etwa 10facher Vergrösserung eignet sich zu solcher genauen Untersuchung. Kinder im Alter von 5—15 Jahren oder jugendliche Erwachsene bis zum 25. Jahre werden am häufigsten von dieser diffusen Hornhautentzündung befallen.

29. ***Zur Tamponade der geöffneten Luftröhre.*** *Von **Prof. Langenbeck**. (Berliner klin. Wochenschr. 1888. 44.)*

Langenbeck bedient sich bei Tracheotomien nicht der *Trendelenburg*'schen Canüle, sondern stopft gut desinficirte Tampons über der gewöhnlichen Canüle in die Luftröhre. Er benützte zu diesem Zwecke Anfangs einen vorher in concentrirte ätherische Jodoformlösung getauchten Schwamm. Seitdem er sich jedoch überzeugt hatte, dass dieser mitunter Druckgeschwüre in der Trachea verursachte, bedient er sich ausschliesslich ähnlich zubereiteter Wattetampons, von denen er stets eine grössere Anzahl von verschiedener Grösse vorräthig hält. Dieselben werden mit einem starken Seidenfaden einfach umschnürt und dessen Enden so lange gelassen, dass sie nach der Einlage des Tampons um den Hals zusammengeknotet werden können. Der Tampon wird mit einer kleinen gekrümmten Kornzange eingeführt und so gross gewählt, dass seine Einführung eines kräftigen Nachschubes mit der Zange bedarf. Der erste Tampon bleibt in der Regel 4—5 Tage liegen, um dann entfernt oder, wenn nothwendig, durch einen neuen ersetzt zu werden. Voraussetzung für die Tamponade ist der tiefe Luftröhrenschnitt. Von 1192 an Diphtheritis kranken Kindern seit 1873 ausgeführten Tracheotomien wurden mehr als 600 mit der Tracheal-Tamponade behandelt. Das Heilungsprocent hat sich seit Einführung der Tamponade von 22·4% auf 36% gesteigert.

Dr. Hönigsberg.

Dermatologie und Syphilis.

30. ***Beitrag zur Kenntniss der Myositis syphilitica.*** *Von **I. Neumann**. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1888.)*

Neumann berichtet über sechs Fälle, bei denen in Folge von Lues eine Erkrankung des M. sphincter ani externus aufgetreten war. Bei dreien dieser Fälle, von denen zwei mit Rhagaden, der dritte mit einer Fistel complicirt war, wurde in Folge der eminenten Schmerzen bei der Defäcation die Sphincterotomie ausgeführt und bei dieser Operation ein Muskelstückchen entnommen, welches die bei Muskelentzündungen beobachteten Veränderungen als Wucherung der Muskelkerne, Schlängelung und Erweiterung



der Blutgefässe und Zellwucherung im Zwischenbindegewebe darbot. Nach der Sphincterotomie und antiluetischer Behandlung trat die Heilung schnell ein. In zweien der übrigen Fälle waren Fissuren vorhanden, nach deren Abheilen die Schmerzen fortbestanden, um hier, wie im 6. Falle, erst einer lange fortgesetzten und energischen specifischen Behandlung zu weichen. *Jacobi.*

31. ***Die oberflächlichen Drüsenerkrankungen der tertiären Syphilis.*** *Von* ***Lannois*** *und* ***Lemoine****. (Revue de médecine. 1887. 4.)*

Die Lymphdrüsen können im tertiären Stadium direct primär oder durch Fortsetzung des Processes von der Haut aus ergriffen werden. Die erstere Form ist selten, ihre Diagnose oft schwierig. Verwechslung insbesondere dann möglich, wenn, wie häufig bei Scrophulösen, es in Begleitung secundärer Erscheinungen zu auffälliger Betheiligung der Lymphdrüsen kommt, die vergrössert werden, vereitern und persistiren, wenn auch die secundären, sie provocirenden Affecte bereits geschwunden sind. So machen dann leicht eigentlich scrophulöse Adenitiden den Eindruck primär entstandener gummöser Adenitis. Der Nachweis der Tuberkelbacillen statuirt häufig die Differentialdiagnose. Ebenso können tertiäre Adenitiden leicht mit Lymphadenomen verwechselt werden. In der acquirirten Syphilis sind nach Ansicht des Verf. gummöse Adenitiden nicht selten. Die hereditäre Syphilis weist sie in den ersten Lebensjahren selten auf, dagegen sind sie bei tertiärer Syphilis häufig. *Finger.*

32. ***Ein Fall hereditärer Syphilis mit auffällig ausgebreiteter gummöser Erkrankung.*** *Von* ***Fournier****. (Gaz. des hôpitaux. 1887. 150.)*

Die Mutter des Kindes acquirirte die Syphilis 1881. 1885 erste Entbindung. Das Kind stirbt, zwei Monate alt, an Convulsionen. 1886, im 8. Monate der zweiten Gravidität, zeigt die Mutter Plaques am Genitale. Das Kind, gesund geboren, zeigt im vierten Monate Coryza, Papeln am Genitale und der Stirne. Heilung. Nach einigen weiteren Monaten wird das Kind cachectisch mit Gummen am Arme zurückgebracht, stirbt am Tage nach der Aufnahme. Die Section zeigt ausgebreitete Gummenbildung in den Knochen, dem subcutanen Gewebe, der Leber, Lunge, Niere, den Hoden, den Lymphdrüsen, insbesondere den in gummöse Masse umgewandelten Bronchialdrüsen. Anknüpfend an diesen Fall stellt *Fournier*, die Therapie betreffend, folgende Punkte auf: 1. Das gesund geborene Kind eines syphilitischen Vaters bedarf keiner Behandlung, da die Gefahr paterneller Uebertragung gering ist. 2. Das gesund geborene Kind einer seit lange syphilitischen Mutter bedarf keiner Behandlung, da auch hier die Chancen der Infection gering sind. 3. Das gesund geborene Kind einer recent syphilitischen Mutter ist von der Geburt an energisch zu behandeln, besonders wenn die Mutter in der Schwangerschaft noch Erscheinungen der Syphilis darbot. *Finger.*

33. ***Recidivirender Herpes zoster femoralis.*** *Von Dr.* ***E. v. Düring****. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1888. 11.)*

v. Düring beobachtete bei einem Manne eine Anzahl von Zosterrecidiven im Gebiete des linken Nervus cutan. femor. ant.



ext. Er glaubt deren Entstehung einer vorausgegangenen schweren, septischen Phlegmone des linken Oberschenkels zuschreiben zu müssen, nach welcher in der linken Leistengegend ein Drüsenpacket vergrössert zurückblieb, das bei allen Recidiven, häufig auch vor denselben, anschwoll und schmerzhaft wurde. Es ist dem Verf. wahrscheinlich, dass von diesen Drüsen aus jedesmal „eine Reinfection stattfindet". *Sternthal.*

34. ***One some Questions in connection with Syphilis hereditaria tarda.*** *Von* ***F. R. Sturgis.*** *(New York Med. Journ. 1888. June 23.)*

Sturgis macht darauf aufmerksam, dass die Wahrscheinlichkeit einer erworbenen Syphilis recht gross sei in den Fällen, welche gewöhnlich als Hereditaria tarda diagnosticirt wurden und angeblich die ersten Affectionen der Krankheit erst nach dem 10. oder 12. Jahre offenbarten. Es liegt aber auch die Wahrscheinlichkeit vor, dass die früheren Symptome übersehen sind, und eben weil sie nicht behandelt wurden, treten später Recidive auf. In vielen Fällen kann dann doch durch die Residuen einer alten Keratitis oder einer Ohraffection zum Beispiel frühere Erkrankung nachgewiesen werden. *Loewenhardt.*

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

35. ***Ueber die Thrombose.*** *Von Dr.* ***Schimmelbusch.*** *(Archiv f. klin. Chirurg. XXXVII. Bd. 4. Heft.)*

Verf. gibt in obiger Arbeit einen kurzen Bericht von Untersuchungen über Thrombose, welche *Eberth* und Verf. mehrere Jahre beschäftigt haben. Die Frage, weshalb der Thrombus weiss ist, beantwortet Verf. dahin, dass den Blutplättchen eine Hauptrolle bei der Thrombose zukommt. Ausser denselben wird die Farbe des weissen Thrombus durch Fibrin und durch farblose Blutkörper bewirkt. Der weisse Thrombus bildet sich nur im strömenden Blute oder richtiger, der Thrombus im lebenden Körper bildet sich als weisser, weil er eben im strömenden Blute entsteht. Es ist in erster Linie der weisse Thrombus stets das Product einer Circulationsstörung. Ein Thrombus wird so lange wachsen, als immer neue Blutplättchen an ihn herangeworfen werden und an ihm festkleben. Er wird aufhören zu wachsen, wenn er an die plasmatische Zone eines kräftig circulirenden Stromes gelangt, der durch seinen axialen Charakter die Blutplättchen vor weiterer Berührung mit dem Thrombus schützt. *v. Swiecicki.*

36. ***Ein neues Reagens für den Nachweis freier Salzsäure im Mageninhalt.*** *Von Dr.* ***J. Boas,*** *Berlin. (Centralbl. f. klin. Med. 1888. 45.)*

Die Probe von *Boas* basirt auf der Thatsache, dass, wenn man eine geringe Menge chemisch reinen Resorcins in mehr oder weniger concentrirter Salzsäure löst und erhitzt, bei Gegenwart von Rohrzucker eine schöne pfirsich- bis purpurrothe Färbung eintritt, die beim Erkalten an Intensität noch zunimmt. Ebenso wie Salzsäure verhalten sich auch Schwefel-, Salpeter- und Phos-



phorsäure. Nimmt man eine stark verdünnte Mineralsäure, so tritt die genannte Reaction erst dann ein, wenn man wenige Tropfen derselben mit Resorcin und Rohrzucker im Schälchen langsam bis zur Trockne eindampft. Man erhält dann einen schön zinnoberrothen Spiegel, der bei längerem Stehen einen bräunlichen Farbenton annimmt. Organische Säuren, speciell Milch-, Butter- und Essigsäure, sowie saure Eiweissverbindungen geben die Reaction weder in der Eprouvette, noch im Schälchen. Behufs Anwendung der Probe für Mageninhaltsuntersuchungen hat *Boas* die folgende Zusammensetzung am zweckmässigsten gefunden: Resorcin. resublim. 5·0, Sacchar. 3·0, Spirit. dilut. ad 100·0. Versetzt man 5—6 Tropfen Mageninhalt oder noch weniger mit 2—3 Tropfen der genannten Lösung und erhitzt über kleiner Flamme auf einem Porcellanplättchen oder im Schälchen, so erhält man nach der vollständigen Verdampfung einen schönen rosa- bis zinnoberrothen, der Phloroglucinvanillinreaction sehr ähnlichen Spiegel, der sich beim Erkalten allmälig verfärbt. Bei zu starkem Erhitzen kann durch Verbrennen der organischen Substanzen, namentlich des Zuckers, die Reaction ähnlich wie bei der *Günsburg*'schen Probe undeutlich ausfallen, beziehungsweise latent bleiben. In gleicher Weise kann man auch die Reaction anstellen, indem man einen Streifen Fliesspapier in salzsäurehaltigen Mageninhalt taucht, 1—2 Tropfen der Resorcinzuckerlösung dazu tropft und langsam über kleiner Flamme erhitzt; man erhält dann zuerst einen violetten, bei weiterem Erhitzen ziegelrothen, bei Aetherzusatz sich nicht entfärbenden Fleck. Als sehr bequemes und praktisches Verfahren bei der Resorcinprobe empfiehlt *Boas*, dass man die Pat. einige Minuten vor der Entnahme des Mageninhaltes eine geringe Quantität Resorcin mit Rohrzucker, etwa 0·2 Resorcin und 0·1 Zucker in Gelatinekapseln oder in Tabletten (1—2) nehmen lässt. Wenige Tropfen des filtrirten oder (wenn auch weniger zweckmässig) unfiltrirten Mageninhaltes auf einem Porcellanplättchen oder im Schälchen verdampft genügen, um die charakteristische Färbung hervorzurufen. Fällt die Reaction, was bei sehr geringem Gehalt an Salzsäure vorkommt, etwas undeutlich aus, so kann man dieselbe durch nachträgliches Hinzufügen einiger Tropfen Resorcinlösung zu dem Mageninhalt wesentlich schärfer gestalten. Auch das getrocknete Filter, welches den Mageninhalt passirt hat, gibt erhitzt in deutlichster Weise die violette bis ziegelrothe Färbung. *—sch.*

37. ***Zur Aetiologie der Eiterung.*** *Von **Nathan**, Berlin. (Archiv f. klin. Chirurg. XXXVII. Bd. 4. Heft.)*

In vorliegender Arbeit unterzog Verf. die Angaben von *Grawitz* und *de Bary*, wonach Ammoniak, Arg. nitr. und Terpentin, Hunden subcutan injicirt, Abscesse mit keimfreiem Eiter hervorbrächten, einer Nachprüfung. Verf. hat nun in seinen Versuchen immer nach der Injection von Ammoniak, Arg. nitr., Terpentin Eiterung entstehen sehen und es wurden überall da, wo die Eiterung entstand, vermittelst des Plattenverfahrens Mikroorganismen nachgewiesen. Es ist zu bemerken, dass *Grawitz* und *de Bary* das in der Bacteriologie so wichtige Plattenverfahren in ihren Versuchen versäumt haben. *v. Swiecicki.*

38. ***Das Verhalten der Blutgefässe im Fieber und bei Antipyrese.*** *Von* ***Maragliano.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIV. Hft. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 44.)*

Die von *Traube* aufgestellte Lehre, dass die Haupterscheinung des Fiebers in einem Krampf der peripheren Blutgefässe besteht, welcher eine Beschränkung der Blutzufuhr zur Haut und zu den Schleimhäuten und damit eine Wärmeretention im Körper zur Folge hat, hat neben vielfacher Anerkennung auch mannigfache Widersprüche erfahren, namentlich den, dass die Contraction der Gefässe nur in der Periode der Kälte stattfinde, also nur in denjenigen Fällen, wo das Fieber mit einem Frostanfall beginnt. *Marey* sieht sogar die Gefässcontraction als eine secundäre Erscheinung an, die nach einer vorangegangenen Erweiterung der Gefässe durch die Einwirkung der niederen Temperatur der Umgebung auf die dann höhere der Haut bewirkt ist. Um nun die Rolle der vasculären Erscheinungen im Fieber festzustellen, hat Verf. eine Reihe von Untersuchungen mit dem *Mosso*'schen Wasserplethysmographen ausgeführt. Zuerst wurden Beobachtungen an gesunden Menschen angestellt, um etwaige physiologische Schwankungen kennen zu lernen; es fand sich aber, dass solche nicht bestanden. Doch ergab sich, dass die Menge des in den Extremitäten circulirenden Blutes desto mehr abnimmt, je mehr Zeit nach der Aufnahme der Nahrung verstrichen ist, und dass sie nach dem Essen sofort wieder progressiv steigt. Die Temperatur fällt in ihren Schwankungen mit denen der Gefässvolumina völlig zusammen. Die über das Verhalten der Blutgefässe im Fieber angestellten Versuche ergaben unzweifelhaft, dass die Gefässe der Haut sich zu verengern beginnen, wenn noch keine Temperatursteigerung wahrnehmbar ist, dass mit dem Fortschreiten der Gefässcontraction die Temperatur zu steigen anfängt, dass sie ihren Höhepunkt erreicht zur selben Zeit, wenn erstere zu ihrem Maximum gelangt, und dass ferner dem Sinken der Temperatur die Erweiterung der Blutgefässe vorangeht; wenn die Dilatation am grössten ist, kehrt die Temperatur zur Norm zurück. Der Frost erscheint, nachdem die Verengerung der Blutgefässe schon einige Zeit bestanden hat. Die mit Antipyreticis (Kairin, Thallin, Antipyrin, Chininsalzen und Natron salicylic.) angestellten Untersuchungen zeigten, dass alle diese Mittel die Temperatur herabsetzen, indem sie eine Erweiterung der Blutgefässe bewirken, und dass, wenn ihre antifebrile Macht erschöpft ist und das Fieber von Neuem auftritt, dieser erneuten Steigerung der Temperatur immer eine Gefässcontraction vorangeht, nachdem die Erweiterung der Gefässe eben so lange bestanden, als die Apyrexie gedauert hatte.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

39. ***Experimentelle Studie über die Uebertragung der Tuberculose durch die ausgeathmete Luft und durch die Atmosphäre.*** *Von* ***Cadéac et Malet.*** *(Revue de médecine. 1887. 7. — Deutsche medic. Wochenschr. 1888. 18.)*

Um die von Tuberculösen ausgeathmete Luft auf ihre Infectiosität zu prüfen, liessen die Verfasser sowohl gesunde,

als mit Bronchialcatarrh behaftete Thiere solche Luft gemischt mit atmosphärischer Luft durch mehrere Tage, je 6—12 Stunden lang, einathmen. Der Erfolg war durchaus negativ (dasselbe Experiment mit ebenso negativem Erfolge wurde vor 5—6 Jahren schon von Dr. *Tappeiner* in Meran gemacht. Ref.) Um die Gelegenheit zur Infection noch grösser zu machen, construirten die Verfasser einen geschlossenen, geräumigen Holzkäfig mit entsprechendem Luftzutritt, der durch ein doppeltes grossmaschiges Metallgitter in zwei Theile getheilt war. In die eine Abtheilung gaben sie gesunde oder catarrhalisch afficirte, in die andere Abtheilung künstlich tuberculos inficirte Kaninchen und Meerschweinchen. Trotz dieses 2—3 Monate dauernden Zusammenlebens in derselben Luft, ohne gegenseitige Berührung, waren die Resultate wieder negativ. Dagegen wurden von 3 Kaninchen, welche in dieselbe Abtheilung mit den 19 tuberculösen gesperrt waren, 2, offenbar via Digestionstractus, tuberculös. Die Verf. haben ferner die Wasserdämpfe der von Phthisikern des letzten Stadiums ausgeathmeten Luft condensirt und darin weder Tuberkelbacillen nachweisen, noch damit Thiere inficiren können. Diese experimentell bewiesene Unschädlichkeit der von den Phthisikern direct ausgeathmeten Luft beweist aber noch nicht, dass eine Ansteckung durch die atmosphärische Luft überhaupt nicht stattfinden könne. Die Verf. haben zwischen zwei Betten, in denen Phthisiker lagen, ein Glasgefäss, das von einer Kältemischung umgeben war, aufgestellt, in welchem sie die Wasserdämpfe der umgebenden Luft condensirten. Die Einimpfung dieses Condensationswassers erzeugte unter 12 Versuchsthieren zweimal Tuberculose. Die Luft hatte somit Tuberkelbacillen enthalten, die wahrscheinlich aus Sputumtheilen kamen, mit welchen Bettdecke und Utensilien der Kranken unausweichlich verunreinigt waren, und welche sich in getrocknetem Zustande als Stäubchen der Luft der Umgebung beigemengt hatten. Es erhellt daraus die Nothwendigkeit prophylactischer Massregeln durch grösste Reinhaltung und Lüftung der von Phthisikern bewohnten Räume, besonders der grossen Krankenhaussäle, sowie durch sofortige Desinficirung und Vernichtung ihres Sputums.

Veninger, Meran.

40. ***Verbesserung der Luft in Buchdruckereien.*** *Jahresbericht der schweizerischen Fabriksinspectoren pro 1884—1885, pag. 105. (Deutsche Vierteljahresschr. Supp.-Bd. XIX.)*

Als eine der gefährlichsten Arbeiten in Buchdruckereien wird mit vollem Recht das Reinigen der Setzkasten, in denen sich der Letternstaub ablagert, bezeichnet. Zur Beseitigung dieser Gefahren haben *Strasser* und *Holeiter* in Basel einen Setzkasten erfunden, welcher in Hinsicht auf leichte Reinigung, wie auch auf erhebliche Verminderung von Vergiftungsgefahr grosse Vortheile zu bieten scheint. Der Boden des betreffenden Kastens besteht aus Blech, unter ihm befindet sich ein zweiter aus Holz, der in zwei Nuthen läuft, also leicht herausgezogen werden kann. Der durch Reibung von Lettern entstehende Staub fällt nun durch den durchlöcherten Boden auf den hölzernen Boden, kann von dort mühelos entfernt werden und verunreinigt nicht mehr die Lettern, beziehungsweise die Luft des Setzersaales.

Die Anschaffung eines solchen Kastens kann umsomehr empfohlen werden, als sie nicht mit nennenswerthen Kosten verbunden ist.

Dr. E. Lewy.

41. ***Ueber Messingfieber.*** *Von Dr. **Hogben.** (Birmingh. med. Rev. 1887. — Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1888. 49. Bd. 2. Hft.)*

Nach Verf. sollen Messingarbeiter häufig an leichten Fieberanfällen erkranken, die er „Messingfieber" nennt. Das Fieber hat wohl einen intermittirenden Charakter, doch fehlt den wiederholt auftretenden Anfällen eine bestimmte Periodicität. Die in Birmingham beobachteten Symptome der acuten Messingvergiftung sind folgende: Einige Stunden nach der Aufnahme der Arbeit in der Giesserei bekommt der Kranke ein Gefühl von Abspannung und Niedergeschlagenheit, Kopfweh, Uebelkeit und Muskelschmerzen. Häufig tritt dann Erbrechen ein und es erfolgt weiter ein Kältestadium mit leicht febriler Reaction und nachfolgendem starken Schweiss. Die Temperatursteigerung ist keine hohe, das Schweissstadium meist von langer Dauer. Junge Leute erkranken häufiger an diesen acuten Anfällen, als ältere Arbeiter und die Affection tritt heftiger auf bei nebligem Wetter und in schlecht ventilirten Werkstätten. Dr. *Greenhow* u. A. nehmen mit Recht eine Intoxication mit Zinkdämpfen an, Dr. *Hogben* dagegen schreibt die Krankheit ohne bestimmte Beweisführung einer Kupfervergiftung zu. Beinahe bei allen Messing- und Kupferarbeitern zeigt sich ein deutlich grüner Saum an den Zähnen zwischen Krone und Insertion des Zahnfleisches. Am deutlichsten tritt dieser grüne Saum an den Zähnen der oberen Kinnlade hervor. Der Rand des Zahnfleisches ist bisweilen leicht geschwärzt. Diese Erscheinung darf mit dem Bleisaum nicht verwechselt werden. Die massenhaften Schweisse sind oft grünlich gefärbt und theilen diese Färbung den Unterkleidern mit. Alte Messingarbeiter zeigen auch nicht selten eine leicht grünliche Hautfärbung. Die von anderen Autoren beschriebene Form einer Lähmung hat Dr. *Hogben* nicht beobachtet, dagegen gefunden, dass Messingarbeiter sehr häufig nervösen Störungen unterworfen sind. Er rühmt bei acuten Fällen Milch in grossen Quantitäten und bei chronischem Verlaufe Jodkali.

42. ***Ueber die Wirkung des Tabakrauches auf die Mikroorganismen im Allgemeinen und im Besonderen auf die krankheitserzeugenden.*** *Von Dr. **Vicenzo Tassinari.** (Centralbl. f. Bacteriol. 1888. 15.)*

Verf., Assistent am hygienischen Institute in Pisa, befestigte die Mündungen zweier Glastrichter durch Paraffin aneinander und stellt so eine Höhle von ungefähr 140 Ccm. Inhalt her, welche während des Rauchens gegen die äussere Luft vollkommen abgeschlossen war. In eine der Trichterröhren wurde die Cigarre gesteckt, deren Rauch er untersuchte, die andere Röhre diente zur Aspiration. Im Innern des kleinen Raumes, welchen die beiden Trichter einschliessen, befand sich ein kleines Gestell aus Platindraht, woran ein kleines leinenes Streifchen mit der zu untersuchenden Cultur hing. Die Dauer der Einwirkung des Rauches auf die verschiedenen Culturen betrug immer 30—35 Minuten und die Menge des verbrauchten Tabaks $3^1/_2$—$4^1/_2$ Gramm. Es



zeigte sich nun, dass der Tabakrauch die Eigenschaft besitzt, die Entwicklung einiger Arten von pathogenen Bacterien zu verzögern und die einiger anderen ganz zu verhindern. So bewirkte z. B. der Rauch von grossen Virginiacigarren eine Verzögerung der Entwicklung für Bac. prodigiosus um 72 Stunden, für Staphylococcus aureus um 73 Stunden, für Milzbrandbacillen um 97 Stunden; der Bacillus der Cholera asiatica zeigte nach 128 Stunden, der *Finkler-Prior*'sche nach 128, der B. pneumoniae nach 146 und der Typhusbacillus nach 168 Stunden noch keine Entwicklung. Wenn man in Betracht zieht, dass die Umgebungen der Culturen niemals eine wahrnehmbare Temperaturerhöhung zeigten, dass immer ein bedeutender Feuchtigkeitsgrad vorhanden war, und dass der Rauch, wenn er durch Wasser geleitet worden war, ehe er auf die Culturen einwirkte, allen Einfluss auf dieselben verlor, so muss man annehmen, dass der Rauch in Folge der chemischen Beschaffenheit der verschiedenen Stoffe wirkt, aus denen er besteht.

43. ***Ueber eine von einer Otitis media suppurativa ausgehende und durch den Bacillus pneumoniae (Friedländer) bedingte Allgemeininfection.*** *Von Prof.* ***A. Weichselbaum*** *in Wien. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1888. 8.)*

Eine 54jährige Taglöhnerin wurde 2 Stunden vor ihrem Tode in's Rudolfspital im Zustande vollständiger Bewusstlosigkeit gebracht. Im Urin konnten ziemlich grosse Mengen von Zucker und Eiweiss nachgewiesen werden; ausserdem wurde noch ein reichlicher, eiteriger Ausfluss aus dem linken Ohre constatirt. Eine bestimmte Diagnose konnte selbstverständlich nicht gestellt werden. Erst später erfuhr man, dass sich Patientin 7 Wochen bei Prof. *Gruber* mit einer Otitis media suppurativa acuta sinistra vorgestellt hat, aber nicht weiter auf die Klinik kam. Die Section ergab: acute Rhinitis, acute eiterige Entzündung der linken Paukenhöhle und des Processus mastoideus mit Perforation des Trommelfelles, eiterige Periostitis des Processus mastoideus und Phlegmone des M. sternocleido-mastoideus, beginnende Pneumonie im linken Unterlappen, acute parenchymatöse Nephritis beiderseits, fettige Degeneration des Herzens, acuten Milztumor, trübe Schwellung der Leber, Atherose des Arteriensystemes, Hypertrophie des linken Herzventrikels. In dem Eiter aus den zelligen Räumen des Warzenfortsatzes, aus der Paukenhöhle, vom Periost des Warzenfortsatzes und von der Phlegmone, im Secret der Nasenhöhle, in der Oedemflüssigkeit der Lunge, im Milzsafte und in der erkrankten Niere konnte Prof. *Weichselbaum* sowohl mikroskopisch, als auch durch Culturen, sowie durch das Thierexperiment die Gegenwart des Bacillus pneumoniae in grossen Mengen feststellen. Es lässt sich demnach mit ziemlicher Sicherheit sagen, dass die Rhinitis, Periostitis, die Phlegmone, die Pneumonie durch den Bacillus pneumoniae verursacht worden sind und dass auch die Nephritis in einem directen oder indirecten ätiologischen Zusammenhang mit ihm gebracht werden muss. Es fand sich nämlich der Bacillus pneumoniae überall als alleinige Bacterienart (ausgenommen die Paukenhöhle und Lunge) und in so grosser Menge, dass hierdurch die Krankheitserscheinungen ganz gut erklärt werden können. — Was die Reihenfolge der Krankheits-



processe in diesem Falle betrifft, ist blos unentschieden, ob zuerst die Otitis oder die Rhinitis vorhanden war, doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass letztere der primäre Process war. Auf die Otitis folgte dann einerseits die Perforation des Trommelfells, andererseits die Entzündung der zelligen Räume des Warzenfortsatzes, welche sich später auf das Periost fortsetzte und zur Phlegmone des am Processus mastoideus sich inserirenden M. sternocleido-mastoideus führte. Von da aus kam es zur Allgemeininfection, d. i. zum Uebertritte der Bacillen und ihrer Producte in die Blutbahn und zur parenchymatösen Nephritis, zu welcher sich in den letzten Stunden die beginnende Pneumonie hinzugesellte. — Der vorliegende Fall ist zunächst dadurch lehrreich, dass er beweist, dass eine Otitis media durch den Bacillus pneumoniae entstehen kann, wodurch die Ansicht *Zaufal's* bestätigt wird. Er lehrt aber auch, dass der Bacillus pneumoniae nicht nur eine Otitis oder Rhinitis erzeugen und unterhalten kann, sondern dass er auch phlegmonöse Processe und Allgemeininfection hervorzurufen vermag. — Was die Wege betrifft, auf denen der Bacillus pneumoniae in's Mittelohr gelangt, so liegt die Annahme nahe, dass die Tuba Eustachii den Eintritt vermittelt hat. Da der Bac. pneum. schon wiederholt in catarrhalischen Entzündungen der Nasenhöhle, die häufig einer Otitis vorausgehen oder sie begleiten, nachgewiesen wurde, so ist ein Uebertritt in die Tuba und von da in die Paukenhöhle leicht zu verstehen.

Schnirer, Wien.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

44. *Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunctionen.*

In 23 Vorträgen dargestellt von **Dr. P. Müller,**
Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Bern.

Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1888.

Angezeigt von Prof. Dr. E. H. Kisch in Prag-Marienbad.

Gegenüber dem Streben der Gegenwart, die Zahl der medicinischen Specialitäten, welche ihr Eigenleben führen, immer mehr zu entwickeln, ist es recht zweckmässig, von Zeit zu Zeit ihren innigen Zusammenhang mit dem mütterlichen Boden der allgemeinen Medicin, welchem sie entsprossen sind, fester zu knüpfen. Von diesem Standpunkte aus begrüssen wir das vorliegende Buch des wohlbekannten Gynäkologen Prof. *P. Müller,* welches die originelle Idee ausführt, die ganze Pathologie des weiblichen Körpers in den Beziehungen zu den Erkrankungen des Sexualapparates eingehendem Studium zu unterziehen und darauf hin alles in der Literatur vorhandene Material zu sammeln. Solche Arbeit hat, wenn sie ernstlich aufgefasst wird, wesentliche Schwierigkeiten. Denn ist es schon nicht immer leicht, die gegenseitige Beeinflussung der Genitalerkrankungen und der Geschlechtsfunctionen präcise festzustellen, so ist es oft ausser-



ordentlich schwer, den Causalnexus zwischen dem Geschlechtsleben des Weibes und der Erkrankung der verschiedenen Körperorgane klar zu erweisen. In letzterer Beziehung ist auch die vorhandene Literatur nicht allzureich an Material, aus dem geschöpft werden kann.

Umso höher ist der Fleiss und die Mühe zu veranschlagen, welche der Autor auf die Vereinigung der literarischen Angaben mit den Resultaten seiner eigenen Erfahrung verwendet und so eine einheitliche Darstellung des Gegenstandes gegeben hat. Erschöpfend kann sie allerdings nicht bezeichnet werden und wir können die Bemerkung nicht unterdrücken, dass die Bearbeitung der einzelnen Capitel eine ungleichmässige, und zwar nicht im Verhältnisse ihrer Dignität ist, dass ferner die literarischen Angaben manche beträchtliche Lücken aufweisen, aus manchen Quellen gar nicht geschöpft wurde.

So hätte, um als Beweise für unsere Behauptung nur einige Beispiele anzuführen, bei Besprechung der Krankheiten des Magens der Connex zwischen Störung der Magenfunction und Genitalerkrankung eingehender erörtert werden können. Hier hätten die schönen Versuche *F. Kretschy's* Erwähnung finden sollen, welche die Beeinflussung der Magenverdauung durch die Vorgänge der Menstruation erweisen, ebenso die diesbezüglichen experimentellen Ergebnisse von *Fleischer*. Hier wäre auch wohl der Platz gewesen, auf jene dyspeptischen Störungen einzugehen, welche ich unter der Bezeichnung Dyspepsia uterina zusammengefasst habe und wozu ich die verschiedenen durch Structur- und Lageveränderungen des Uterus und seiner Adnexa reflectorisch hervorgerufenen Verdauungsbeschwerden zähle. Der Verfasser erwähnt zwar der Magenstörungen, die öfter einige Tage vor der Menstruation auftreten, dann des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren und des heftigen Erbrechens während der Geburt u. s. w., er spricht aber nicht von den dyspeptischen Störungen um die Zeit der Menopause, welche Störungen ich als Reflexneurose auf die Hyperplasie des Eierstockstromas in diesem Lebensalter zurückführte und er detaillirt auch nicht die Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates, welche (nach meinen Beobachtungen) uterine Dyspepsie im Gefolge haben. In diesem Capitel wäre auch eine Erwähnung der Arbeit *Stoffella's* über Coprostase bei Frauenkrankheiten angezeigt gewesen.

Bei Erörterung der Hautkrankheiten vermissen wir die Angabe mehrerer neuerer interessanter Beobachtungen, welche auf die Beziehungen, die zwischen Function der Genitalien und der Haut bestehen, etwas mehr Licht werfen. So hätte das von *Bohn* beschriebene climacterische Eczem besprochen werden sollen, so hätten die bemerkenswerthen diesbezüglichen Mittheilungen von *Stiller* über menstruale Exantheme Erwähnung verdient, ferner solche von *Joseph*, *Schramm*, *Wagner*, *Wilhelm*, ebenso wie die Arbeit *Heitzmann's* über vicariirendes Menstruationsexanthem. Der Einfluss der climacterischen Periode auf Hauterkrankungen ist nicht gewürdigt, es hätte zum mindesten die für die Zeit der Menopause charakteristische vermehrte Schweissabsonderung



der Haut, sowie die bekannte Erscheinung des **Ardor fugax** der Climacterischen erwähnt werden sollen. Es ist schade, dass dieses Thema so flüchtig behandelt ist, wir hätten uns gefreut, endlich einmal eine gründliche Bearbeitung des Zusammenhanges von pathologischen Veränderungen der Genitalien mit Hauterkrankungen zu begegnen.

Um auf den Gesammtinhalt des Buches zurückzukommen, sei hervorgehoben, dass dasselbe die Form von Vorträgen einhält, welche 23, an der Zahl, das gesammte Gebiet der Pathologie besprechen und bei jeder einzelnen Gruppe: Krankheiten des Gehirnes, Krankheiten der Augen, des Gehörorganes u. s. w. die Frage stellen und zu beantworten suchen, ob ein Zusammenhang derselben mit den Functionen der weiblichen Genitalorgane besteht und wie dieser Zusammenhang zu deuten ist, ferner ob das Geschlechtsleben einen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung, deren Prognose und Therapie ausübe. Aber auch umgekehrt wird die Wirkung festzustellen gesucht, welche acute und chronische Krankheiten für die weiblichen Geschlechtsfunctionen zur Folge haben. Man sieht, dass in dem vorliegenden Buche eine Fülle von Fragen angeregt wird, welche nicht blos das Interesse des Specialisten, sondern des praktischen Arztes überhaupt in Anspruch nehmen. Die Discussion dieser Fragen bleibt allerdings noch eine offene.

Literatur.

45. ***Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale.*** *Von* ***Th. Billroth.*** *Wien, Gerold, 1889.*

Wenn ein Mann wie *Billroth* zur Feder greift, um aus dem reichen Schatze seines Wissens das eine oder andere Capitel zu fixiren, so unterliegt es im Voraus keinem Zweifel, dass, mag er nun einen streng fachtechnischen oder aber einen mehr weniger populären Ton anschlagen, das Gebotene etwas Gediegenes, Ganzes, eine Musterarbeit werde. Mit seiner Krankenpflege, deren erste Auflage im Jahre 1881 erschien, ist *Billroth* mit einem Schlage in die erste Reihe der populären Autoren getreten, denn er schuf da ein Buch, welches kurz nach seinem Erscheinen, wirklich fast in keiner besseren Familie fehlte. Heute liegt uns die dritte, theilweise umgearbeitete Auflage vor, 247 Seiten stark, mit 47 Illustrationen auf 8 Tafeln; vollständig neu ist das Capitel vom Bau und den Leistungen des menschlichen Körpers, sowie die Abbildungen der in den Krankenpflegecursen eingeübten Verbände. Die Capitel über fieberhafte und über Infectionskrankheiten sind von *C. Bettelheim* überarbeitet. Der grosse Werth der neuen Auflage gegenüber der doch nur um so wenig jüngeren zweiten Auflage liegt darin, dass eben gerade im Capitel Krankenpflege die letzten Jahre viele werthvolle Neuerungen gebracht haben, die uns in *Billroth's* Buche in derselben Verwendung und Verwerthung vorgeführt werden, in welcher sie in seiner Musteranstalt — Rudolphinerhaus in Döbling — stehen. Es fällt dem Referenten bei Durchsicht dieser 3. Auflage wieder von Neuem auf, wie sehr der Umstand vom Genie des Autors zeigt, dass er bei solchem Reichthume des Gebotenen, welches sich naturgemäss doch nicht immer so ganz populär

halten lässt, so wenig Ansprüche auf die Vorkenntnisse der Leser macht; das Buch, welches wie gesagt, stellenweise streng wissenschaftlich spricht, kann und muss von jeder vernünftigen Person verstanden werden. Der deutsche Büchermarkt bietet kein einziges denselben Gegenstand behandelndes Buch, welches dem *Billroth*'schen an Werth gleichkäme, die *Esmarch*'schen Schriften nicht ausgenommen. Und so möge es den Weg machen, den der berühmte Verfasser und der Herausgeber der dritten Auflage, Dr. *R. Gersuny*, demselben bestimmt haben; der grosse Werth und der fabelhaft billige Preis seien ihm hierbei behilflich.

v. Buschman.

46. ***Aerztlicher Bericht des öffentlichen Bezirkskrankenhauses Sechshaus 1887.*** *Wien, Sechshaus, 1888.*

Der uns vorliegende Bericht ist ein neuer Beleg für die so erfreuliche Thatsache, dass das relativ kleine Spital eines Wiener Vorortes, von tüchtigen strebsamen Aerzten geleitet, seiner Aufgabe in hohem Grade gerecht wird; er zeigt uns, dass bezüglich der Ausnützung des gebotenen Raumes, der Abhaltung von Ambulatorien, selbst hinsichtlich der wissenschaftlichen Verwerthung der zur Beobachtung gelangenden Fälle nichts zu wünschen übrig bleibt. So kann sich denn auch der Spitalsbericht pro 1887 würdig den Berichten der drei grossen Krankenanstalten Wiens zur Seite stellen, denen er hinsichtlich der Anordnung des Stoffes völlig gleicht. Es haben im Jahre 1887 3985 Kranke Aufnahme gefunden, von denen 2021 geheilt entlassen wurden, während 635 — darunter 275 Tuberculöse — starben = 8·19 Procent. Bei einem Belegraume von 291 Betten werden nicht weniger als 100.930 Verpflegstage verrechnet, was eine durchschnittliche Verpflegsdauer von 25·32 Tagen à 72 kr. Verpflegskosten für einen Kranken ergibt. Das Maximum des Krankenstandes war 305 im April, das Minimum 194 im September. Der specielle Theil zerfällt in den Bericht der medicinischen Abtheilung des Primarius *R. v. Kogerer* (45 Seiten stark) und den chirurgischen Bericht des Directors des Spitals Primarius *F. Schopf* — einschliesslich der Operationstabelle 80 Seiten stark. Diese letztere ergibt 210 Operationen mit 41 Todesfällen. — Davon 23 tracheotomirte Kinder, die an fortschreitender Diphtheritis starben. Der im Selbstverlage des Spitals erschienene Bericht ist jedenfalls ein sehr ehrendes Zeichen des unermüdlichen Fleisses seiner Verfasser. *v. Buschman.*

47. ***Hausgymnastik für Mädchen und Frauen.*** *Eine Anleitung zu körperlichen Uebungen für Gesunde und Kranke des weiblichen Geschlechtes. Herausgegeben von* ***E. Angerstein****, Dr. med., Stabsarzt a. D., städtischer Oberturnwart, und* ***G. Eckler****, Oberlehrer der königl. Turnlehrer-Bildungsanstalt. Mit vielen Holzschnitten und einer Figurentafel. Berlin 1888, Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin.*

Da es dem praktischen Arzte häufig willkommen sein wird, den Familien eine Anleitung zur Hausgymnastik speciell für Frauen und Mädchen empfehlen zu können, wollen wir unsere Leser auf das vorliegende vortreffliche Buch aufmerksam machen, deren Verfasser zu den anerkanntesten Lehrern der Turnsache in Deutschland gehören. Die von denselben vor Jahresfrist veröffentlichte „Hausgymnastik für Gesunde und Kranke jedes Alters und Geschlechts" erlebte bis nun 8 Auflagen. In dem vorliegenden Buche ist speciell den Bedürfnissen des weiblichen Geschlechtes Rechnung getragen, indem die natürlichen Eigenthümlichkeiten desselben eingehend berücksichtigt werden, ausser den Freiübungen;

Hantel- und Stabübungen sind überdies auch Uebungen mit Bällen, mit dem Arm- und Bruststärker, am Reck und an den Schaukelringen, also mit leicht zu beschaffenden oder bequemen im Hause anzubringenden Geräthen angegeben. Die Anzahl der ausgewählten Uebungen gestattet die nothwendige Abwechslung für die Jugend, die Beschreibung im Texte ist knapp, klar und verständlich. Die im Texte enthaltenen Abbildungen veranschaulichen in gefälliger Weise die dargestellten Uebungen, überdies ist auf einer als Sonderbeilage dienenden Tafel das ganze Uebungsgebiet der Hausgymnastik übersichtlich dargestellt. Hervorheben möchten wir noch, dass die Uebungen für Gesunde entsprechend den verschiedenen Altersstufen (Spielalter, schulpflichtiges Alter, Jungfrauenalter, Frauenalter) geordnet und dass überdies eigene Uebungsbeispiele hierfür festgesetzt sind. In einem eigenen Abschnitt wird die Verwendung der Uebungen für Kranke durchgeführt. Als Zustände, in denen die Hausgymnastik Erfolge zu erzielen im Stande ist, werden behandelt: 1. Allgemeine Schwäche, Blutarmuth, Bleichsucht, mangelhafte Ausbildung des Brustkastens und der Athmungsorgane. 2. Stockungen in den Unterleibsorganen (Hartleibigkeit, Hämorrhoiden, Menstrualstockungen). 3. Fettleibigkeit, Blutandrang nach Kopf und Brust. 4. Asthmatische Beschwerden. 5. Abnormitäten der Haltung und äusseren Form des Körpers: Gebückte Haltung, Schiefhaltung des Kopfes, Einwärtsdrehung der Füsse, seitliche Rückgratsverkrümmung, Muskelschwäche, Veitstanz ähnliche Zuckungen und Schreibkrampf, Unterleibsbrüche. *—sch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

48. ***Behandlung der Diphtherie mittelst Einblasen von Zuckerstaub.*** *Von C. Lorey in Frankfurt a. M. Vortrag, gehalten in der Section für Pädiatrie der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 46.)*

Die grosse Zahl der Todesfälle an Diphtherie, von Jahr zu Jahr zunehmend, das Fehlen einer sicheren Therapie gegen diese mörderische Krankheit, lassen es gerechtfertigt erscheinen, über ein Curverfahren zu berichten, welches zu jeder Zeit leicht anwendbar, mit keinem Nachtheil für den Organismus verbunden ist. Meine nun seit $^3/_4$ Jahren gesammelten ziemlich zahlreichen Beobachtungen erlauben mir den Ausspruch, dass mit demselben, wenn regelmässig durchgeführt, überraschend gute Resultate erzielt werden. In Betreff des Wesens der Diphtherie wird jetzt wohl allgemein angenommen, dass der Krankheitserreger von aussen in den Organismus eindringt. *Oertel* beschreibt in seinem neuesten Werke den Diphtheriebacillus als Stäbchen und Ketten bildende Coccen. Dieselben erregen auf der Schleimhaut eigenthümliche Entzündungserscheinungen mit reichlicher Ausscheidung von Leukocythen, als Reaction gegen die Eindringlinge. Die Spaltpilze gelangen in diese Zellen, zersetzen die Eiweisskörper der letzteren. Die Producte dieses Zerfalles sind die Ptomaine. In dem Entstehen der letzteren haben wir die deletäre Wirkung der Diphtherie zu suchen. In Betreff der Behandlung der Erkrankten wird jetzt von den meisten Aerzten nach der von *Oertel* bereits vor Jahren angegebenen Richtschnur verfahren. Dieselbe lautet in kurzen Worten: „Massenhafte gewaltsame Ablösung der Pseudomembranen, Aetzungen sind nutzlos und gefährlich. Es ist zu erstreben, die durch die Diphtherie bedingte entzündliche Reaction der Schleimhaut nicht zu

bekämpfen, sondern in energischer Weise zu rascher und ausgiebiger Eiterproduction anzuregen."

Bekanntlich gelten in diesem Sinne wirkend hauptsächlich Papaiotin und Aqua calcis. Nächstdem sind desinficirende Mittel mit der erkrankten Schleimhaut in Berührung zu bringen und so die Weiterverbreitung der Diphtherie zu bekämpfen. Zur Erfüllung beider Aufgaben der Behandlung habe ich gefunden, dass durch häufiges Einblasen von feinstvertheiltem Zucker, dem sog. Zuckerstaub der Pharmacopoe, auf die erkrankte Schleimhaut ganz ausserordentlich günstige Wirkung erzielt wird. Das Verfahren selbst ist höchst einfach, am besten mittelst eines kleinen Apparates auszuführen, der aus einer Glasröhre mit Fenster zur Aufnahme des Pulvers und Gummiballen mit Schlauch zusammengesetzt wird. Die Glasröhre ist natürlich nach jedesmaligem Gebrauche zu reinigen und zu desinficiren. Der Zuckerstaub wird möglichst reichlich und oft, je nach der Stärke der Erkrankung über die Mandeln, die Rachenwand und in die hintere Nasenhöhle geblasen. Bei Ergriffensein des Kehlkopfes auf den Eingang des letzteren. Nach der Tracheotomie, besonders wenn die Expectoration stockt, durch die Canüle in die Trachea. Wenn ich hier natürlich keine ausführliche Casuistik vortragen kann, so sei wenigstens in kurzen Zügen das Ergebniss von 80 Beobachtungen mitgetheilt: 1. Die Dauer und Ausdehnung des diphtheritischen Belages wird wesentlich abgekürzt, damit die Gefahr der Allgemeinerkrankung des Organismus vermindert. Besonders liess sich dies erkennen bei Fällen, welche frisch erkrankt zur Behandlung gekommen. 2. Der häufig vorhandene faulige Geruch schwindet meist nach ein- oder mehrmaligem Einblasen des Zuckerstaubes. 3. Die Schleimhaut der Tonsillen und des Pharynx erscheint frischer und belebter. Die Membranen heben sich ab, werden locker, rahmartig. Es entwickelt sich eine reichliche schleimige Absonderung. 4. In manchen Fällen, bei welchen bereits Zeichen des Ergriffenseins des Kehlkopfes vorhanden waren, wurde der Husten nach jedesmaligem Einblasen von Zuckerstaub über den Kehlkopf lose und die beunruhigenden Erscheinungen gingen allmälig zurück.

Die günstige Wirkung des Zuckers auf schlechte Granulationen ist schon sehr lange bekannt. In den letzten Jahren ist derselbe wieder auf verschiedenen Kliniken beim Verband verwendet worden. Zuckerstaub wirkt speciell im Pharynx auf die entzündete Schleimhaut wohlthätig und schmerzstillend. Dadurch, dass noch so reichliche Anwendung desselben mit keinem Nachtheil für den Organismus verbunden, verdient er entschieden den Vorrang vor vielen zur örtlichen Behandlung bei Diphtherie empfohlenen und verwendeten Mitteln. Durch Eindringen der feinsten Zuckerstaubpartikelchen in die Schleimhautfalten wird behufs Auflösung derselben ein Säftestrom nach der Oberfläche entstehen, dem wir gewiss das Vermögen zutrauen dürfen, nicht zu tief eingedrungene feindliche Organismen an die Oberfläche zu befördern. Ob dieselben durch die concentrirte Zuckerlösung unschädlich gemacht werden, oder ob in solcher dem Diphtheriebacillus feindliche Organismen sich entwickeln, bedarf weiterer Untersuchung von Fachmännern. Ein fernerer Vorzug der Zuckereinblasungen vor einfachen desinficirenden Ausspülungen mit Aq. calcis etc. beruht in der länger andauernden, und dadurch mehr in die oberen Gewebsschichten eindringenden Wirkung des Zuckerstaubes. Häufige nachträgliche Ausspülungen der Rachenhöhle sind natürlich auch wünschenswerth, am besten mit schwacher Kochsalzlösung, schon um den reichlich im Pharynx sich ansammelnden Schleim und die losgelösten Membranen

zu entfernen. Jedoch schadet auch das Verschlucken der letzteren nichts, indem bekanntlich diphtheritische Erkrankung der Magenschleimhaut zu den grössten Seltenheiten gehört. Dass daneben die Allgemeinbehandlung der Erkrankten nach den bekannten Grundsätzen zu leiten ist, versteht sich von selbst. Von Medicamenten wende ich mit Vorliebe Apomorphin 0·05—0·10 auf 120 Mixtur an, besonders wenn sich die ersten Zeichen von Ergriffensein des Kehlkopfes bemerkbar machen. Nach Ablauf des acuten Stadiums der Erkrankung ist es meist zweckmässig, ein leicht verdauliches Stahlpräparat (Tinctura ferri chlorati cum Glycerin. aa.) längere Zeit nehmen zu lassen.

Zum Schlusse will ich noch der Fälle gedenken, welche im Spitale an Sepsis oder Pneumonie in Folge von Diphtherie gestorben sind. Bei einer Anzahl derselben wurde während der ersten Tage des Spitalaufenthaltes ausgedehnte Ulceration im Pharynx mit starkem Belage und Foetor notirt. Die von Prof. *Weigert* oder seinem Assistenten ausgeführten Sectionen ergaben bei diesen Kindern eine auffallend vorgeschrittene Heilung der örtlichen Erkrankung, im Vergleich zu nicht mit Zuckereinblasungen behandelten Fällen. Fortgesetzt habe ich Gelegenheit, diese auffallend günstigen Erfolge der Zuckerbehandlung bei Diphtherie zu beobachten. Ich habe den sicheren Eindruck gewonnen, dass leichtere Fälle eine bedeutend kürzere Heilungsdauer bei Anwendung derselben erfordern, manche im Beginne recht schwer erscheinende Erkrankung bei sofortiger ausgiebiger Durchführung der Zuckereinblasungen einen raschen günstigen Verlauf genommen.

Kleine Mittheilungen.

49. ***Als Tonicum für den Haarboden*** empfiehlt *Dr. G. Bardet* folgende Verschreibung:

Acid. carbol. 2·0
Tinct. nuc. vomic. 7·5
— chinae comp. 30·0
— cantharid. 2·0
Aq. coloniensis
Ol. de Coco aa. q. s. ad
quantitatem 120·0.

Zweimal täglich mittelst eines Schwämmchens auf der behaarten Kopfhaut aufzutragen. *—sch.*

50. ***Zahncaries bei Clarinetspielern.*** *(The Dental Advertiser. Juli 1888. — Oesterr.-ungar. Vierteljahrschr. f. Zahnhk. 1888, October.*

Dr. *T. Reformatsky*, Surgeon beim Limferopolsky-Infanterieregiment, der die Zähne der Spielleute seines und fremder Regimenter untersuchte, war überrascht über die Häufigkeit einer charakteristischen Caries der oberen mittleren Schneidezähne. Er fand dieselben cariös bei fünfzehn unter zwanzig Clarinetspielern. Beim Spiel wird das Mundstück des Instrumentes gegen die Aussenfläche der Unterlippe gepresst, die dann eine Art Schutzdecke für die unteren Zähne bildet, während die obere Ansicht des Mundstückes sich im directen Contact mit den oberen Centralschneidezähnen befindet.

51. ***Milchsäure,*** von *Hayem* gegen die grünen Diarrhoen der Säuglinge eindringlichst empfohlen, soll auch gegen die Diarrhoen der Phthisiker ausserordentlich wirksam sein. Dosis: 2 Gr. pro die in 120 Wasser gelöst mit allmäliger Steigerung bis auf 8 Gr. pro die. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1888, pag. 615.)

52. ***Der Schweiss bei den Infectionskrankheiten.*** *Von* ***Queirolo.*** *(Gaz. degli ospitali. 1888. 47. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 44.)*

Queirolo fand, dass der Schweiss von Pocken-, acuten Gelenkrheumatismus-, Intermittens- und Typhuskranken Kaninchen injicirt, die Thiere in 12—48 Stunden tödtete, ohne dass die Section eine bestimmte Organerkrankung ergab. Diese Schweisse reagirten neutral und hatten ein specifisches Gewicht von circa 1006. Injectionen selbst grösserer Mengen Schweisses von gesunden Personen brachten an den Thieren keinerlei Wirkungen hervor. *Queirolo* glaubt durch seine Resultate die alte ärztliche Anschauung zu unterstützen, wonach Schweissproduction den Ablauf der Infectionskrankheiten günstig beeinflusst.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Angerstein, E. Dr. med., Stabsarzt und *Eckler G.*, Oberlehrer. Hausgymnastik für Mädchen und Frauen. Eine Anleitung zu körperlichen Uebungen für Gesunde und Kranke des weiblichen Geschlechtes. Mit vielen Holzschnitten und einer Figurentafel. Berlin 1888, Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin.

Erlenmeyer, Dr. Albrecht, dirigirender Arzt für Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz. Die Schrift. Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie. Mit 3 in den Text gedruckten Holzschnitten und 12 lithographischen Tafeln. Stuttgart, Verlag von Adolf Bonz u. Co., 1879.

Kollmann, Dr. Oscar, kgl. Bezirksarzt und Strafanstaltsarzt zu Würzburg. Die Behandlung des Knochenfrasses (Caries) auf nicht operativem Wege, nebst kurzer Darstellung der Lehre von der Periostitis, Ostitis und Osteomyelitis. Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag.

Klinisches Recept-Taschenbuch für praktische Aerzte. Sammlung der an den Wiener Kliniken gebräuchlichen und bewährtesten Heilformeln. Zehnte, vollständig umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.

Milner Fothergill, Dr. J. in London. Die Leberdyspepsie und Biliosität, ihre Ursachen und Behandlung. Nach Vorträgen von —. Autorisirte deutsche Bearbeitung von *Dr. I. Krakauer* in Wien. Separat-Abdruck aus der „Wiener Klinik". Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1888.

Stille, Dr. med. in Ihlienworth. Die Bevölkerungsfrage in alter und neuer Zeit. Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag, 1889.

Volkmann, Richard v. Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf u. Härtel, 1888.

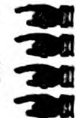
Nr. 325. *Krause Fedor.* Ueber den cystischen Leberechinococcus und über die von *R. v. Volkmann* eingeführte Methode der Operation desselben.

Nr. 326. *Michelson Paul.* Ueber Nasensyphilis.

Nr. 327. *Thorn Wilhelm.* Wider die Lehre von der Selbstinfection.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

53. ***Ueber Pseudoleucämie als Vorstadium sehr rasch verlaufender Leucämie.*** *Von Prof.* ***Mosler*** *in Greifswald. (Separat-Abdruck. Virchow's Archiv. 1888. Heft 3.)*

Bis jetzt hatte *Mosler* trotz einer grossen Zahl eigener Beobachtungen keinen Uebergang einer Pseudoleucämie in wirkliche Leucämie gesehen; diesmal beobachtete er einen solchen Fall bei einem 14 Jahre alten Knaben, in dessen Achselhöhlen taubeneigrosse Drüsenanschwellungen vor 8 Tagen (November) entdeckt wurden; dieselben vergrösserten sich rasch und darnach waren Lymphome in beiden Regiones supraclaviculares hinzugekommen, ebenso in der Unterkiefer- und Nackengegend bis zur Grösse eines Hühnereies. Weder Milz, noch Leber vergrössert. Urin frei von Eiweiss. Die Blutuntersuchung ergab keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Mässiges Fieber (Abendtemp. 38·8° C.). Injectionen von Solut. arsen. Fowleri erzielten Stillstand, doch musste nach 16 Tagen Patient Greifswald wieder verlassen. Blutuntersuchung negativ. 8 Tage später heftiges Fieber, die Drüsentumoren vermehrten sich rapidest, heftige Athembeschwerden, Störung der Nachtruhe, Schwerhörigkeit und Schluckbeschwerden. In den Achselgruben, am Halse, im Unterleibe waren neue Drüsengeschwülste entstanden, die Leistendrüsen stark vergrössert. Leber und Milz beträchtlich vergrössert. Temp. 40° C. Nun ergab die mikroskopische Blutuntersuchung hochgradigste Vermehrung der weissen Blutkörperchen: ein rothes Blutkörperchen kam nach *Mosler's* Schätzung auf ein weisses. Erst jetzt scheint der Export der weissen Blutkörperchen begonnen zu haben. Trotz Verabreichung von Phosphorpillen nimmt das Leiden immer mehr einen deutlich leucämischen Charakter an (30. December). Herzschlag sehr matt, starke Beängstigungen, keine Blutungen. Vom 20. December ab begannen die Lymphdrüsen zu detumesciren, an welche Erscheinung sich eine trügerische Hoffnung der Angehörigen knüpft. Auf der Haut zeigten sich, allmälig an Zahl zunehmend, kleine fast schwarze Flecke wie mit Lapis besprenkelt, und auch blutiger Schleim wurde in mässiger Menge erbrochen. Ueber Zapfen, Mandeln und weichem Gaumen trat diphtheritisartiger Belag in den letzten



Tagen wieder auf, Patient collabirte und starb am 6. Januar bei völlig klarem Bewusstsein. Der Fall ist in mehrfacher Beziehung interessant. Pseudoleucämie kommt noch häufiger als Leucämie bei männlichen Personen vor. (Verhältniss wie 5 : 2.) Hier trat die Krankheit ohne besonderes ursächliches Moment auf; keine Erblichkeit, keine Erscheinungen früherer Scrophulose. Der gesammte Verlauf spielt sich in kurzer Zeit (2 Monate) ab. Die so rapide Entwicklung des leucämischen Processes rührte wohl daher, dass die lymphatischen Organe schon vorher erkrankt waren. Darin ist unser Fall ähnlich dem in Medullarleucämie übergegangenen Fall von perniciöser Anämie (*Litten,* Berl. klin. Wochenschr. 1887). So lange es noch Pseudoleucämie war, erwiesen sich neuerdings die parenchymatösen Injectionen sehr günstig. Selbe mussten ausgesetzt werden und obgleich Arsen mit Eisen innerlich fortgebraucht wurde, kam es zu rapider Vermehrung mit gleichzeitiger Milz- und Lebervergrösserung. Mit dem Auftreten heftigen Fiebers wurden erst die Lymphdrüsen, sowie der Milztumor schmerzhaft und es konnte die leucämische Blutbeschaffenheit nachgewiesen werden. Der ursächliche Zusammenhang, ob das Fieber das rapide Wachsthum verursachte oder umgekehrt, oder ob ein neues ursächliches Moment (Trauma, Erkältung) hinzugetreten, konnte nicht erschlossen werden. Die Section war leider ausgeschlossen. Jedenfalls ist damit die Möglichkeit des Ueberganges einer Pseudoleucaemia lymphatica in Leucaemia lymphatico-lienalis acutissima dargethan und dürfte demnach ein so genereller Unterschied zwischen beiden — wie bisher angenommen — nicht existiren. *Hertzka,* Karlsbad.

54. ***Ueber eine Krankheit, welche durch die Symptome der Astasie und Abasie charakterisirt ist.*** *Von Blocq. (Arch. de neurol. 1888. 43 u. 44. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 49.)*

Als „Astasie“ und „Abasie“ wird nach *Girard* die functionelle Störung bezeichnet, welche in Unfähigkeit, aufrecht zu stehen und gehen, besteht. Dabei sind andere coordinirte Acte, als Kriechen auf allen Vieren, selbst Hüpfen auf einem Bein ausführbar. Das Stehen und Gehen wird unmöglich, nicht etwa wegen störender Zwischenbewegungen, Incoordination, sondern wegen Verlustes der Bewegungsvorstellungen für die Gesammtheit der zu dem einen bestimmten Zweck vereinigten Muskelleistungen, etwa wie bei manchen Formen von Agraphie. Es handelt sich also ausschliesslich um eine Affection in der psychischen Sphäre, die denn auch der Suggestion in der Hypnose weicht. Die von *Blocq* auf der *Charcot*'schen Klinik beobachteten 11 Fälle betrafen zumeist Kinder und junge Leute beiderlei Geschlechts, darunter einige mit hysterischen Symptomen behaftet. In der Aetiologie spielen Erblichkeit, gemüthliche Erregungen und leichte, aber mit Schreck verbundene Traumen die Hauptrolle. Der Eintritt der Affection ist meist plötzlich, die Prognose günstig. Nur in wenigen Fällen bestanden Complicationen, als: Convulsivische Stösse, Abnahme der motorischen Kraft, Muskelrigidität, Sensibilitätsstörungen. *—r.*

55. ***Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung.*** *Von Prof.* ***v. Krafft-Ebing*** *in Graz. III. Aufl. Stuttgart, Enke, 1888.*

In wie hohem Masse der ebenso geistreiche Forscher als gewandte Publicist mit seiner vor 3 Jahren in erster Auflage erschienenen Monographie das allgemeine Interesse auf den von ihm behandelten Gegenstand zu lenken wusste, dafür zeugt die in 3 Jahren nothwendig gewordene, diesmal auch stark vermehrte und verbesserte Auflage von 1888. — 177 gegen früher 110 Seiten; d. h. das Buch ist um mehr als die Hälfte stärker geworden, was, da nur sehr wenig neue Capitel dazugekommen sind, dem eigentlichen Grundrisse des ganzen Werkchens zu Gute kam. So heikel das Thema der Natur der Sache gemäss auch ist, so sehr es oft hart an das Obscure streift, so sehr es in den geheimsten Ecken und Falten der kranken Menschenseele wühlt und da Erscheinungen und Facten aufdeckt, die dem Tageslichte nicht gewachsen, nur noch beim schwachen Scheine der Studirlampe fortvegetiren können, so weiss der gelehrte Verf. doch jeden kleinsten Schein zu vermeiden, als ob er da behaglich im Sumpfe wühlte, wohl wissend, dass sein Rücken durch den breiten Aushängeschild der wissenschaftlichen Forschung hinlänglich gedeckt sei. Gerade auf sein Ziel lossteuernd, zeigt er weder Prüderie, noch Behagen am Schlüpfrigen. Und grossartig schaurig in der That ist das Gemälde sittlicher Verirrung und Verkommniss auf pathologischer Grundlage, welches der Verf. uns da vorführt und von allen Seiten mit wahrhaft elektrischer Intensität beleuchtet.

v. Buschman.

56. ***Die heilsamen Folgen einer acuten Arsenikvergiftung.*** *Von Dr.* ***Adolf Herz*** *in Várpalota. (Gyógyászat. 1888. 47. — Pester med.-chirurg. Presse. 1888. 52.)*

Ein 2½jähriges Kind von schlaffer Musculatur und zartem Knochenbau konnte erst mit 2 Jahren schlecht gehen und war namentlich im Sprechen beinahe gänzlich zurück. Ueberdies litt dieses Kind anfangs an einer hartnäckigen Enuresis, später an unhaltbaren Stuhlentleerungen, so dass sich eine wahre Incontinentia urinae et alvi entwickelte, welche allen inneren Medicamenten, Kaltwassercuren und anderen Methoden Trotz bot. Nachdem nun dieses Kind, wie Verfasser berichtet, durch Zufall sich mit einem Rattengift, welches Arsenik enthielt, vergiftete und während 5 Tagen alle klinischen Symptome einer acuten Arsenikvergiftung darbot, ergab sich nach dem Verschwinden der Erscheinungen schon einige Tage nach der Vergiftung eine bedeutende Besserung sämmtlicher neurotischen Zustände des Kindes, „wie mit einem Zauberschlage“. Das Kind verlangte von nun an regelmässig den Topf und verunreinigte sich nicht mehr. Der günstige Umschwung der psychischen Fähigkeiten zeigte sich darin, dass es nun neue Worte sprechen lernte, allein spielte und, was es früher nie gewesen, gegen Jedermann gesellig wurde. Diese Wirkung des Arsenik hat nichts Auffallendes, wenn wir daran denken, dass das Mittel schon im 17. Jahrhundert als vorzügliches Nervinum galt und dass es auch derzeit als wirksames Heilmittel bei Malaria, Psoriasis und anderen Hautkrankheiten, sowie bei Chorea und Hysterie gilt.

Lsch.



57. ***Herzaffectionen bei Tabes.*** *Von Dr.* ***Grödel.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1888. 20. — Centralbl. f. klin. Med. 49.)*

Verf. bestreitet auf Grund seiner Erfahrungen am Nauheimer Material das häufige Zusammentreffen von Herzfehlern, speciell Insufficienz der Aorta, mit Tabes dorsalis. Abgesehen von den in den 70er Jahren von ihm beobachteten Fällen hat *Grödel* bei 108 Tabetikern genau auf das Verhalten des Herzens geachtet. Es litten im Ganzen nur 4 an Klappenfehlern (2 an Insufficienz der Aorta, wahrscheinlich auf Lues zurückzuführen; 1 an Insufficienz der Mitralis nach acutem Gelenkrheumatismus; 1 an Insufficienz und Stenose der Mitralis ohne nachweisbaren Grund). Weit häufiger war bei Diabetikern eine mit Erhöhung der Frequenz einhergehende Schwäche der Herzaction zu beobachten, doch findet sich dies auch bei anderen chronischen Krankheiten. Als direct im Zusammenhange mit der Tabes stehend, hält *Grödel* auf Grund eigener Beobachtungen die von *Leyden* zuerst bei Tabes beobachteten eigenthümlichen Anfälle von Angina pectoris; möglich, dass es sich dabei um eine nicht ganz reguläre Form des Gürtelgefühls handelt.

58. ***Ein Fall von Tetanie nach Scharlach.*** *Von Dr.* ***Ernst Schotten*** *in Cassel. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 14. — Neurolog. Centralbl. 1888. 24.)*

Der auf die Extremitäten beschränkte tonische, drei Tage dauernde Krampf trat bei dem 8jährigen Knaben, der seit früher Kindheit „an ausgebildeten und rudimentären Krampfanfällen" gelitten, am 16. Krankheitstage einer mittelschweren Scarlatina auf, die sich jedoch durch eine ungemein starke, nässende Haut zurücklassende Abschuppung auszeichnete, und zwar nachdem am Tage zuvor laue Abwaschungen des Körpers vorgenommen worden waren. Das *Trousseau*'sche Phänomen fehlte. Die Muskelcontracturen verhielten sich wie es gewöhnlich bei Tetanie der Fall zu sein pflegt. Auch die anfänglichen Parästhesien waren vorhanden. Angaben über Sensibilität und Reflexe, desgleichen über elektrisches Verhalten fehlen. Als Ursache wird in erster Reihe die Scarlatina, in zweiter eine Erkältung verantwortlich gemacht. Nach Ref. *Sperling* sollte man bei der ausgedehnten Hauterkrankung die Tetanie in diesem Falle wohl als Reflexneurose auffassen dürfen.

59. ***Vergiftung durch die Speiselorchel (Helvella esculenta) in Folge von Ptomainbildung.*** *Von Dr.* ***G. Jonquière, B. Studer*** *jun., Prof. Dr.* ***Demme*** *und Dr.* ***J. Berlinerblau.*** *(Mitth. der naturf. Gesellsch. in Bern. Bern,* ***K. J. Wyss,*** *1888. 88. 33. S. — Correspbl. f. Schweiz. Aerzte. 1888, p. 612.)*

Zu Ende des letzten Jahres fand bei einem Berner Arzte eine auffallende Vergiftung durch die unter normalen Verhältnissen unschädliche Speiselorchel statt, was sodann zu einer botanischen, pharmakologischen und chemischen Untersuchung des Falles führte, deren Resultat in Kürze folgendes ist. Die in getrocknetem Zustande gekauften Pilze, welche 5—6 Stunden nach ihrem Genusse Vergiftungserscheinungen hervorriefen, die sich namentlich in einer Affection des Unterleibs und in Brechanfällen äusserten, wurden von Apotheker *B. Studer* botanisch untersucht und erwiesen sich als Helvella esculenta. Bei diesem



Anlasse erörtert derselbe die Frage nach der Existenz der lange Zeit hindurch neben Helvella esculenta als nahe verwandt adoptirten zweiten Species H. suspecta, welche durch gewisse morphologische Merkmale und häufige Giftigkeit sich von der unschädlichen Species H. esculenta unterscheiden sollte. Das Ergebniss dieser Studie führte zu der Annahme, dass H. suspecta als eigene Species nicht existirt und lediglich eine durch Standort, Alter und Feuchtigkeitsgehalt bedingte Form der H. esculenta darstellt, welche, wie andere essbare Pilze, unter besonderen Umständen giftige Eigenschaften annehmen kann. Der pharmakologisch-toxikologische Abschnitt berichtet über die im Institut von Prof. *Demme* vorgenommenen Versuche mit einem Decocte der betreffenden Pilze, sowie mit den pulverisirten Decoctrückständen. Es resultirte dabei die Thatsache, dass das Decoct energisch toxisch wirkte und ein Vergiftungsbild ergab, welches einerseits eine besonders bei Kaltblütern auffallende Uebereinstimmung mit der Curarewirkung, und andererseits eine nicht zu verkennende Analogie mit der Muscarinwirkung zeigte, während mit den pulverisirten Decoctresiduen keine verwerthbaren Ergebnisse erhalten wurden. Nach *Demme* ergibt sich als unzweifelhaft, dass sich in unschädlichen und somit essbaren Pilzen, durch unzweckmässige Behandlung derselben beim Sammeln und Trocknen, Fäulnissalkaloide entwickeln können, welche selbst durch das der Zubereitung der Pilze vorhergehende vorschriftsmässige mehrfache Abbrühen mit kochendem Wasser (und Abgiessen des letzteren) weder zerstört, noch entfernt werden und somit beim Genusse dieser Pilze ihre toxische Wirkung auf den Menschen zu äussern vermögen.

Einen werthvollen Abschluss dieser toxikologischen Studie bilden die von Dr. *J. Berlinerblau* ausgeführten chemischen Untersuchungen, deren Zweck die Isolirung der toxischen Principien war und welche mit specieller Berücksichtigung giftiger basischer Verbindungen durchgeführt wurden, nachdem sich ergeben hatte, dass die seinerzeit von *Boehm* und *Külz* aus Helvella isolirte Helvellasäure bei der vorliegenden Vergiftung nicht in Frage kam. Aus dem wässerigen Destillate der Pilze konnte Trimethylamin isolirt werden, während die wässerigen und alkoholischen Auszüge des Pilzmaterials den Gehalt an einer Base ergaben, welche nach allen ihren chemischen und toxischen Merkmalen als Neurin betrachtet werden musste, wobei freilich die Gegenwart noch anderweitiger basischer Körper aus der Gruppe der Ptomaïne nicht ausgeschlossen erscheint. Wir werden demnach annehmen dürfen, dass auch das relativ sehr stickstoffreiche Material frischer Pilze, zum Theil noch während des Lebens, unter gewissen Bedingungen Fäulnissprocessen unterliegen kann, welche mit denjenigen thierischer Substrate, z. B. faulender Leichentheile, die grösste Aehnlichkeit zeigen. Es ist deshalb gewiss auch die Schlussbemerkung des chemischen Theiles der Arbeit sehr gerechtfertigt, wonach die Gefahr bei Genuss, namentlich getrockneter Schwämme eine doppelte sein kann; „die eine rührt von der Verwechslung der essbaren mit den giftigen her, die andere aber von den Zersetzungsproducten der an und für sich essbaren Schwammarten“. —*r*.



60. ***Ueber eine Chorea-Epidemie.*** *Von Dr.* ***L. Laquer*** *in Frankfurt a. M.* (*Deutsche med. Wochenschr. 1888. 51.*)

Im Sommer des Jahres 1887 wurde das epidemische Auftreten von choreaähnlichen Erscheinungen in der Mädchenschule zu Schwanheim bei Höchst a. M. beobachtet. Verf. sah noch sieben der von genannter Affection befallenen Mädchen, und zwar am 21. Juli 1887 in der Behausung Dr. *Krah's.* Im Ganzen waren sechszehn Kinder auf gleiche oder ähnliche Weise erkrankt. Nervös oder hereditär belastet sind die Kinder nach Angaben der behandelnden Aerzte vorher nicht gewesen; auch litt keines von ihnen an einem Herzklappenfehler. Sie besuchten alle dieselbe Schulclasse, gewöhnlich brachen auch in den Unterrichtsstunden selbst die ersten Anzeichen der Erkrankung aus, und zwar fast immer in unmittelbarem Anschlusse an Angst, Scham und andere gemüthliche Erregungen. Die erst erkrankte Patientin war ein Mädchen, welches vor 2 Jahren an echter Chorea minor litt, dann ein Jahr gesund blieb, wieder zur Schule ging und während des Unterrichtes einen Rückfall bekam in dem Augenblicke, wo sie von der Lehrerin bestraft werden sollte. An dieses Ereigniss schlossen sich im Laufe weniger Monate die übrigen Erkrankungen an. Die Epidemie erstreckte sich über einen Zeitraum von fast $1^1/_2$ Jahren. Alle von der Krankheit Betroffenen sind genesen.

In den von *Laquer* selbst beobachteten Fällen handelte es sich nicht um das eigenthümliche typische Bild der Chorea minor. Es waren nicht die bizarren, stossweise in unregelmässigen Zwischenräumen erfolgenden Muskelactionen zu constatiren, die mit dem Namen der „Muskelunruhe“ bezeichnet werden, sondern das Krankheitsbild setzte sich vielmehr aus mehr regelmässigen halbseitigen Zitterbewegungen der Arme und klonischen Muskelzuckungen im Gesicht, sowie Hemiparesen der oberen und unteren Extremität ohne Hemianästhesie zusammen und trug offenbar einen hysterischen Charakter. Da auch die übrigen Aerzte in Bezug auf den grössten Theil der übrigen Kranken zu der gleichen Ansicht gelangt sind, so möchte Verf. diese in der Schwanheimer Schule aufgetretene Gruppe von Erkrankungen nicht als eine „Veitstanz-Epidemie“ im engeren Sinne auffassen, sondern da mit dem Namen Chorea minor ein ganz bestimmtes, und zwar meist sporadisch vorkommendes, charakterisirtes Krankheitsbild bezeichnet wird, die geschilderte Reihenfolge functioneller Nervenerkrankungen als ein epidemisches Auftreten hysterischer Affectionen ansehen. Ganz passend wäre für die bunten, aus Lähmungs- und Reizerscheinungen sich zusammensetzenden Symptomengruppen, wie sie in der Schwanheimer Epidemie auftraten, der Begriff der „Emotionsneurosen“, dessen Aufstellung wir bekanntlich *Berger* verdanken; vom ätiologischen Gesichtspunkte aus liesse sich diese Collectivbezeichnung sicherlich am ehesten rechtfertigen. *—r.*



Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

61. ***Cocain und Morphinismus.*** *Von Prof.* ***H. Obersteiner.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1888. 19. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1888. 48.)*

Die Erscheinungen der Cocainabstinenz sind noch nicht genügend studirt; dieselben treten manchmal erst spät nach dem Aussetzen des Cocains auf (nach 14 Tagen und später) und sind oft viel hartnäckiger, als nach der Morphinentziehung, sie können Wochen, selbst Monate lang in nahezu derselben Intensität fortbestehen. Von besonderer Bedeutung sind die in der Cocainabstinenz auftretenden, auch von *Erlenmeyer* beobachteten, oft sehr heftigen Collapszustände. Bei den im Allgemeinen schon sehr schwachen und matten Patienten traten plötzlich Ohnmachtszustände ein. Die Wirkung des Cocains auf den Organismus ist eine zu tief greifende, als dass sich die Ernährung des Körpers nach dem Aussetzen des Mittels rasch heben könnte. Ungeachtet der Gefahren, welche mit dem Gebrauch des Cocains verbunden sind, will *Obersteiner* die Cocainbehandlung beim chronischen Morphinismus doch nicht gänzlich vermieden wissen, das Cocain hat den Zweck, die heftigsten Abstinenzerscheinungen in der Morphiumentwöhnung vorübergehend zu mildern. Um das Cocain ohne Gefahr und mit Vortheil anzuwenden, schlägt *Obersteiner* folgende Cautelen vor: 1. Zum Cocain darf erst dann gegriffen werden, wenn absolut kein Morphium mehr gereicht wird und die Abstinenzerscheinungen am heftigsten zu werden beginnen, also 24—48 Stunden nach der letzten Morphingabe. 2. Das Cocain ist innerlich, nicht subcutan zu verabreichen; am besten eine wässerige Lösung mit Zusatz von etwas Salicylsäure, wodurch die sonst leicht schimmelnde Flüssigkeit sich viele Monate hindurch aufbewahren lässt. 3. Die Einzeldosis wähle man von 0·05—0·1, reiche dieselbe nach Bedarf mehrmals des Tages, überschreite aber eine Tagesdosis von 0·5 nicht. 4. Gehe man am 2. oder 3. Tage mit dem Tagesquantum rasch herunter und setze die Cocainbehandlung überhaupt nicht länger als 5—6 Tage fort. Sollten sich die geringsten Zeichen einer Intoxication zeigen, so muss selbstverständlich alsbald das Mittel gänzlich aufgegeben werden. *—r.*

62 ***Zur rationellen Behandlung der Pneumonie.*** *Von* ***R. Cardwell.*** *(Medical press and circular. September 1888. — Deutsche med. Zeitung. 1888. 9.)*

Kaum bei einer anderen Krankheit herrschen so viele verschiedene Ansichten bezüglich der Behandlung, besonders der localen, wie bei der Pneumonie. Bei einer Epidemie dieser Affection hatte Verf. reichlich Gelegenheit, Erfahrungen über die mehrseitig empfohlenen Methoden zu sammeln: 1. Eisbeutel und kalte Compressen. Verf. beobachtete Fälle, bei denen die Application dieser Agentien eine rapid tödtliche Infiltration der Lungen durch die Impulsion des Blutes von der Oberfläche in die Brusthöhle verursacht; auch wenn dieses Resultat nicht erfolgt, können jene



Agentien durch ihre degenerirende Eigenschaft nur schaden. 2. Trockene Schröpfköpfe zeigten sich von günstigem Erfolg beim Beginn des Anfalles. 3. Vesicantien verstärkten durch ihre reizende Natur den entzündlichen Process, wenn sie im Beginn der Krankheit zur Anwendung kamen. Sobald jedoch die Reconvalescenz sich einstellte, waren sie sehr vortheilhaft, besonders bei jenen Formen der Affection, welche mit einem irritirenden Husten verbunden sind. 4. Blutentziehung. Diese ganz verlassene Behandlungsweise verdient in den meisten Fällen diese Nichtbeachtung, da sie bei nicht sehr sorgfältiger Handhabung einen gefährlich deprimirenden Einfluss auf das Herz auszuüben vermag, 5. Warme Fomentationen, Kataplasmen oder die Application von Baumwolle haben sich dem Verf. als die bei weitem am besten wirkenden Heilmittel erwiesen. Ihre speciellen Vortheile scheinen darin zu bestehen, dass *a)* sie die Entzündung durch Ableitung des Blutes aus der Brusthöhle beschränken, *b)* sie keinen deprimirenden Effect auf das Herz ausüben, *c)* ihre Anwendung in jeder Periode der Krankheit indicirt ist, *d)* sie Schmerzen und Husten lindern, *e)* ihre Application in keiner Weise dem Kranken unangenehm ist. Es ist vortheilhaft, die Kataplasmen mit etwas Tinct. oder Liniment. Belladonnae zu befeuchten, da dies den besänftigenden Effect verstärkt. Bezüglich der innerlichen Behandlung fand es Verf. stets von günstiger Bedeutung, mit einem starken Abführmittel zu beginnen und dazu für gewöhnlich eine Mixtur zuzugesellen aus Spirit. Aether. nitr., Liquor. Ammon. acet., Tinct. Belladonnae und Aqu. destillata.

63. ***Der therapeutische Werth des Sauerstoffes bei Scarlatina.*** *Von Dr.* **Grestwell.** *(Practitioner. 1888. — Wiener med. Blätter. 1888. 47.)*

Verf. versuchte die Wirkung des Sauerstoffes auch bei schweren Formen von Scarlatina und deren Complicationen. Es wurden 19 Fälle von Scarlatina mit Sauerstoff-Inhalationen und internen Gaben von Sauerstoffwasser behandelt. Letzteres bewährte sich zugleich als ausgezeichnetes durstlöschendes Mittel, wurde von den Fiebernden sehr gerne genommen, beseitigte die so häufig bei Nephritis scarlatinosa vorkommenden Ueblichkeiten und das Erbrechen und schien das Fieber, sowie die Delirien zu mässigen; die in dieser Weise leicht vermehrte Aufnahme von Flüssigkeit dient zugleich dazu, einen regeren Flüssigkeitsstrom durch die Nieren zu leiten und die Entfernung der das Lumen der Tubuli obturirenden Epithelien und vielleicht auch die Ausscheidung des specifischen Virus zu ermöglichen. Die Inhalationen des reinen Sauerstoffgases wurden zweistündlich, bei schweren Erscheinungen stündlich bis halbstündlich mehrere Tage und Nächte hintereinander vorgenommen, und zwar jedesmal ein $^1/_4$ Cubikfuss Gas verbraucht. Dadurch gelang es Kinder, deren Lebenskraft im Erlöschen schien, über die kritische Zeit hinaus zu erhalten und das unvermeidlich scheinende letale Ende abzuhalten. Besonders schlagend war diese belebende Wirkung bei einem 11jährigen Kinde, das am 32. Tage der Erkrankung in Coma ex uraemia verfiel, plötzlich nach kurz dauernden Convulsionen cyanotisch wurde, vollständig collabirte und vollkommen das Aussehen eines Sterbenden darbot. Die 15 Secunden lang dauernde Sauerstoff-



Inhalation behob den Collaps; das Athmen wurde wieder hörbar, jedoch bei fortdauernder Bewusstlosigkeit. Die Inhalationen wurden continuirlich fortgesetzt, das Kind erlangte, obwohl sich Convulsionen und Collaps noch einmal wiederholten, nach 6 Stunden das Bewusstsein und erholte sich in den nächsten Tagen unter periodisch vorgenommenen Inhalationen zusehends, während der Eiweissgehalt des Urins rasch abnahm und nach 3 Tagen vollkommen verschwand. — Einen gleich auffallenden Erfolg hatte die Sauerstofftherapie bei einem 3jährigen Kinde, das im Abschuppungsstadium noch Spuren von Albumen hatte und in Folge einer Erkältung eine Exacerbation der Nephritis und eine Broncho-Pneumonie acquirirt hatte. Temperatur 40° C., Puls 150, der Urin enthielt massenhaft Albumen, Blutkörperchen und Cylinder. Die 10 Tage lang halbstündlich vorgenommenen Sauerstoff-Inhalationen gaben dem kleinen Patienten Widerstandskraft gegen diese schweren Erscheinungen. — In allen Fällen schien die Anwendung des Sauerstoffes die Albuminurie zu vermindern, wenn auch die Erklärung dieser Wirkung noch hypothetisch ist. Ein weiterer, nicht gering anzuschlagender Vorzug der Sauerstofftherapie ist die möglich gewordene Vermeidung des Alkohols, der an stimulirender Wirkung dem Sauerstoffe entschieden nachsteht, auf die Nierenepithelien und Magenschleimhaut jedoch reizend und daher schädlich einwirkt. Auch die Reconvalescenz wurde durch die Sauerstofftherapie erheblich abgekürzt, da die Patienten rasch steigenden Appetit bekamen und trotz vorsichtig ausgewählter Nahrung bald erheblich an Körpergewicht zunahmen.

64. ***Casuistische Beiträge zur Weir Mitchell-Cur.*** *Von Dr.* ***Stieler.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1888. 34. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 1888. 24.)*

Verf. hat bei 18 Fällen von Neurasthenie und Hysterie die *Weir Mitchell*-Cur in Anwendung gezogen. Dieselbe wurde nach *Playfair's* Vorschlag vorerst stets nur auf 14tägige Probezeit unternommen und im Falle ungenügenden Erfolges während der ersten beiden Wochen, nur auf ausdrücklichen Wunsch der Kranken weiter geführt. Während derselben wurde, mit Ausnahme von Abführmitteln, wo solche sich während der ersten Zeit als nöthig erwiesen, von jeder anderweitigen Medication principiell Abstand genommen. Auf die Isolirung der Kranken wurde in keinem Falle verzichtet, wohl aber auf die allgemeine Faradisation, welche ihrerseits auch dann stets im Stiche liess, wenn sie wegen ungenügender Fortschritte innerhalb der ersten acht Tage nachträglich zur Anwendung gelangte. Der Wechsel von Wärterin und Masseuse wurde wiederholt und einzelne Male mit überraschendem Erfolge vollzogen. Verf. hält dafür, dass die *Weir Mitchell'*sche Curmethode als eine wesentliche Bereicherung der Therapie bei der Behandlung schwerer Fälle von Hysterie und Neurasthenie anerkannt werden muss. Auch bei mittelschweren Fällen werden die Resultate der genannten Methode von keiner anderen Behandlungsweise erreicht, wenigstens nicht in der gleich kurzen Zeit. Die Cur ist auch der weiteren Prüfung werth bei Zuständen, bei welchen die allgemeine Ernährung sehr darniederliegt und der Verdacht besteht, dass dieser Umstand die Heilung localer Erkrankungen behindere. In der Regel gehen Gewichts-



zunahme und Heilerfolg parallel, doch beobachtet man auch vollständige Genesung bei mässiger Gewichtzunahme, und umgekehrt; trotz starker Gewichtzunahme Ausbleiben des Heilerfolges. Recidive kommen auch nach vollkommener Heilung zur Beobachtung. Es gibt Fälle schwerer Art von Hysterie und Neurasthenie, welche weder durch pathologische Veränderungen im Genitalapparat unterhalten werden, noch auch als beginnende schwere Läsion des Gehirns oder Rückenmarks sich erweisen, und trotzdem durch die *Weir Mitchell*-Cur nicht geheilt, oder auch nur gebessert werden können. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt im Falle der Genesung mindestens 7 Wochen.

65. ***Ursache und Behandlung von functioneller Schlaflosigkeit.*** *Von Dr. Sachs. (Medical News. 1887. 28. — Neurolog. Centralbl. 1888. 23.)*

Verf. berücksichtigt nur die Fälle von Schlaflosigkeit, die nicht von organischen Gehirnerkrankungen, von Psychosen und Fieber etc. abhängen. Er betrachtet die Schlaflosigkeit bei anämischen und neurasthenischen Zuständen, um die es sich hier hauptsächlich handelt, und die, welche gleichzeitig oder abwechselnd mit Migräneanfällen einhergeht, als Folge vasomotorischer Anomalien. Dem entsprechend empfiehlt er für ihre Behandlung viel weniger Sedativa und Hypnotica, als Roborantia und Tonica und besonders die *Oertel*'sche Cur gegen Herzschwäche, von der er die besten Erfolge gesehen. Die passiven Bewegungen bei der *Playfair-Mitchell*'schen Methode hält er für weit weniger empfehlenswerth und hat während der letzteren einmal sogar eine sehr beträchtliche Verschlimmerung der Schlaflosigkeit beobachtet.

66. ***Ueber Anthrarobin und Chrysarobin.*** *Von Th. Weyl. (Pflüger's Arch. für Phys. XLIII. 8.)*

Das Anthrarobin (Desoxyalizarin) ist auch in grossen Dosen (0·8 p. Kg. Kaninchen, 0·25 beim erwachsenen Menschen etc.) bei subcutaner, cutaner und stomachaler Application durchaus ungiftig. Es erscheint im Harn zum grossen Theil unverändert, zum kleineren in oxydirter Form als Alizarin. Es gelingt leicht, verfüttertes Anthrarobin im Harn in Alizarin überzuführen und als solches nachzuweisen. Das Chrysarobin ist dagegen bei interner Darreichung schon in kleinen Dosen giftig und ruft Diarrhoen, Erbrechen und Albuminurie hervor. Falls daher die Empfehlung von *Behrend* bezüglich der Wirkung des Mittels bei Psoriasis u. s. w. weitere Bestätigung finden sollte, so ist das Anthrarobin jedenfalls dem Chrysarobin vorzuziehen.

67. ***Ueber Chininintoxication in Form von icterisch-hämaturischem Fieber.*** *Von Prof. Tomaselli. (Congr. d. ital. Ges. f. inn. Med. 20.—25. Oct. 1888. — Wien. med. Wochenschr. 1881. 51.)*

Seit 17 Jahren widmet der Vortragende den sehr seltenen Fällen von Chininintoxication seine Aufmerksamkeit. Sie tritt bei gewissen Personen unter bisher unbekannten Bedingungen in folgender Form auf: 3—6 Stunden nach Einführung des Chinin hat der Kranke Schüttelfröste mit allgemeinem Zittern, kaltem Schweisse; heftiger Lendenschmerz; ununterbrochenes galliges Erbrechen. Die Dauer dieser ersten Periode der Intoxication variirt zwischen 1 und 3 Stunden und ist von einer bedeutenden



Steigerung der Temperatur gefolgt, die niemals weniger als 39·5, jedoch oftmals sogar 42° beträgt. Hieran schliessen sich Dyspnoe und Icterus und bedeutende Hämaturien. In leichten Fällen können die Dyspnoe und der Icterus fehlen. Nach weiteren 24 bis 48 Stunden hören die Anfälle mit einer rapiden oder allmäligen Defervescenz auf; manchmal aber führen sie durch Steigerung der Dyspnoe oder Herzparalyse und Collaps zum Tode. Im Blute ist eine Entfärbung und Verringerung der Zahl der rothen Blutkörperchen nachweisbar, im Harne veränderte Blutkörperchen, häufiger indessen nur Hämoglobinurie, Fibrincylinder, Epithelialzellen und Gallenpigment. Diese Fälle wurden bisher häufig verwechselt mit den mit Icterus und Hämaturie verbundenen Wechselfieberzuständen, sowie mit der Hämoglobinurie a frigore. Ferner muss man diese oft selbst schon nach kleineren Chinindosen auftretende Intoxicationsform von den von *Bretonneau* beschriebenen, in Folge zu grosser Dosen eintretenden Zuständen unterscheiden, die sich in starken febrilen Bewegungen und Diarrhöen manifestiren und häufig bei Personen, die mit der Pulverisation der Chinarinde beschäftigt sind, auftreten. Die von *Tomaselli* beschriebene Krankheit tritt leichter bei Personen auf, die Wechselfieber durchgemacht haben, und er konnte die dadurch erworbene Intoleranz sogar bei allen Gliedern einer Familie nachweisen. —*r.*

68. ***Ein eigenthümlicher Fall von Canthariden-Exanthem.*** *Von Dr.* ***Harris Pierre.*** *(Virgin. medic. monthly. 1888. September.)*

Folgender interessante Fall wird zur Belehrung der Hospitalärzte von Dr. *Harris Pierrepont* in Richmond mitgetheilt. Eine 22jährige ledige Person wird mit einem verrenkten Gelenke im Spital aufgenommen. Der Verlauf war bei der sonst gesunden Person normal und die baldige Entlassung derselben angezeigt. In der Vornacht ihrer Entlassung bekam sie „a breaking out“ einen Ausschlag, wie sie angab, am linken Vorderarm, welcher sich vom linken Ellbogengelenke bis zum Handwurzelgelenke erstreckte. — Die Eruption präsentirte sich als eine grosse Blase, ähnlich einer Pemphigusblase. Die Blase wurde geöffnet, der seröse Inhalt entleert und bei entsprechender Behandlung heilte die Wundoberfläche. Diese Blasenbildung wiederholte sich nun des Oefteren an den verschiedensten Körperstellen zur grossen Ueberraschung und auch Verdruss der behandelnden Aerzte, da dieselben zu keiner bestimmten Diagnose gelangen konnten und auch die Therapie sich machtlos erwies. Die letzte Eruption fand am rechten Knie statt, und zwar mit sehr intensiven Schmerzen. Nachdem auch diesmal die locale Behandlung die Heilung baldigst erzielt, wurde der Kranken bedeutet, dass sie am nächsten Tage als geheilt entlassen werde. Noch in derselben Nacht wurde Dr. *Pierrepont* von der Spitalswärterin mit dem Bedeuten, dass die Patientin sterbe, schleunigst gerufen. Derselbe fand die Kranke im tiefsten Coma; Pupillen normal, auf Licht nicht reagirend; Respiration oberflächlich, stossweise; Puls kaum fühlbar, dicrotisch; die Körperoberfläche kalt, klebrig, mit reichlichen grossen Schweisstropfen bedeckt, Lippen cyanotisch. Dieser Zustand hielt, trotz der sofortigen Anwendung von ge-



eigneten Stimulantien etc., bis zum nächsten Morgen an. Die in der Nähe wohnende Tante der Patientin wurde von der Lebensgefahr in Kenntniss gesetzt. Diese fand es räthlich, für alle Fälle die Effecten der Moribunden in Ordnung zu bringen, um dieselbe nach erfolgtem Tode leichter transportiren zu können. Bei dieser Gelegenheit wurden die Effecten revidirt und unter den vorgefundenen Gegenständen fand man einen beiläufig einen Fuss breiten und zwei Fuss langen Zugpflasterstreifen auf Käseleinwand gestrichen. Das Räthselhafte wurde erkannt und die Diagnose gestellt. Als die Patientin das volle Bewusstsein wieder erlangte, gestand sie den Betrug selbst ein und motivirte diesen damit, dass sie es vorzog, lieber im Spital zu bleiben, als in's „Armenhaus" zu gehen, was sie nicht anders erreichen konnte, als „fooling the doctors", wie sie sich ausdrückte.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

69. ***Jodoform gegen Blutbrechen.*** *Von Dr.* ***Chansin*** *und Dr.* ***Jorisenne*** *in Liège. (Progrès médicale. 19. Mai 1888.)*

Die Verfasser rühmen den hohen Werth des Jodoform bei Behandlung der Hämoptoe. Seit mehr als einem Jahre haben sie jedes andere Mittel bei Seite gelassen, weil das Jodoform verlässlich unmittelbar wirkt. Die Schlussfolgerungen der Autoren sind: Jodoform ist ein ausgezeichnetes Hämostaticum; dessen Einwirkung auf Hämoptysie ist sicher, rasch — was besonders bedeutungsvoll ist. Rückfälle an Hämorrhagien sind selten, und dann auch nur nach grösseren Intervallen und in geringerer Quantität, wie aus den gemachten Erfahrungen ersichtlich; kleine Dosen reichen vollständig aus. Jodoform zeigte sich selbst in den Fällen, in welchen Ergotin nutzlos angewandt wurde, noch wirksam. Bei der combinirten Anwendung mit Tannin fällt der Löwenantheil der Wirkung dem Jodoform zu. Die passendsten Gebrauchsformeln sind folgende:

Rp. *Jodoform 0·08*
Extr. gentian. od. *liquirit. 9·0*
ut f. Pill. I.
D. tales Dos. No. 20, 30, 40 etc.
S. täglich 3—5 Pillen zu nehmen.

Rp. *Jodoform 0·08*
Tannin 0·05
Extr. Gent. od. *liquir. 9·0.*
Wie oben.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

70. ***Das Zurückbleiben im Wachsthume der kranken Extremität bei tuberculöser Kniegelenksentzündung.*** *Ein Beitrag zur Berechtigungsfrage der Kniegelenksresection im Kindesalter. Von Dr.* ***Julius Dollinger****, Docent der Orthopädie in Budapest. (Centralbl. f. Chirurgie. 1888. 49.)*

Es ist eine alte Erfahrung, dass nach einer im kindlichen Alter ablaufenden Knochenentzündung die Knochen im Wachs-



thume zurückbleiben. Die Ursache der Verkürzung ist darin zu suchen, dass die Knochentuberculose meistens im Epiphysenknorpel auftritt und dass hierdurch die Ernährungsverhältnisse des Knorpels und in weiterer Folge das Längenwachsthum des Knochens beeinträchtigt werden. Namentlich vom praktischen Gesichtspunkte aus ist es wichtig zu wissen, inwiefern die Kniegelenksentzündung das Längenwachsthum des Knochens beeinträchtigt. Der Verfasser gelangte nun durch Messungen zu den folgenden Resultaten: Das Zurückbleiben im Wachsthume beginnt nicht nach einer bestimmten Anzahl von Jahren nach dem Ausbruche der Entzündung, sondern so lange die entzündliche Reizung und Hyperämie dauert, hält auch das Wachsthum der kranken Extremität mit der gesunden gleichen Schritt, in manchen Fällen ist es sogar ein rascheres, und die kranke Extremität wird in seltenen Fällen 1—1·5 Cm. länger als die gesunde. Die Extremität beginnt im Wachsthume zurückzubleiben, wenn der entzündliche Reizungszustand, die Hyperämie aufhören, wenn in Folge der narbigen Schrumpfung zahlreiche Gefässe in der Umgebung des Gelenkes obliteriren und die Epiphysenknorpel mit Blut mangelhaft versehen werden. Die Längendifferenz der Knochen steht mit der Zahl der seit Beginn der Entzündung verflossenen Jahre nicht immer im geraden Verhältnisse. — Es spielt die Intensität der abgelaufenen Entzündung, die Zerstörung, welche sie in dem Ernährungsapparate der Epiphysenknorpel oder in den Knorpelscheiben verursachte, eine bedeutende modificirende Rolle. Die Messungen des Verf. (s. im Original) setzen die Thatsache ausser Zweifel, dass, mit Ausnahme der ganz leichten ostealen Formen und jener leichteren synovialen Kniegelenkstuberculose, wegen welcher man ohnedies nicht resecirt, in den übrigen, das heisst in den schweren Fällen, die Extremität bis zur Beendigung des Knochenwachsthums um mehrere, in einzelnen Fällen um 8—10 Cm., ja in einem seiner Fälle sogar um 19½ Cm. im Längenwachsthum zurückblieb. Grössere Verkürzungen beobachtet man kaum nach Kniegelenksresectionen, die im Kindesalter ausgeführt wurden, und man kann hieraus den Schluss ziehen, dass durch die im Kindesalter vollführte Kniegelenksresection in jenen schweren ostealen Fällen, in welchen die Epiphysenknorpel mit entfernt wurden, hiermit solche Gebilde wegfallen, die für das Längenwachsthum der Knochen ohnedies bereits werthlos sind. —*r.*

71. ***Ueber die künstliche Steigerung des Knochenwachsthums beim Menschen.*** *Von Dr.* **Schüller.** *(Sitzung der Berlin. med. Gesellsch. v. 28. Nov. 1888. — Deutsche med. Wochenschr. 1888. 49.)*

Helferich gab auf dem letzten Chirurgencongresse eine Methode an, die darin besteht, dass durch Anwendung eines elastischen Gummischlauches eine künstliche Stauung in dem betreffenden Gliede hergestellt und dadurch auch eine stärkere Ernährung des Knochens erzielt wird. Er verwandte dieses Verfahren bei Fracturen mit verzögerter Consolidation, dann zur Lösung von Sequestern bei Necrosen und, in letzteren Fällen ziemlich resultatlos, bei zurückgebliebenem Knochenwachsthum nach essentieller Kinderlähmung. *Schüller* hat nun die Compression mittelst eines



elastischen Schlauches adoptirt, aber mit einer bestimmten localen und allgemeinen diätetischen Behandlung und in einigen Fällen mit operativen Massnahmen combinirt. Der Schlauch wird zunächst oberhalb der betreffenden Stelle um das Glied herumgelegt, und zwar so, dass der Druck nur auf die Venen geübt wird, der Zufluss des arteriellen Blutes dagegen frei ist. Daneben hat Vortragender das Glied massiren lassen, in der Weise, dass die Blutzufuhr nach dem Gliede wesentlich vermehrt wurde. ferner lässt er die Patienten gehen, die betroffenen Glieder gebrauchen, bestimmte Turnübungen machen und regulirt ihre Ernährung durch genaue Diätvorschriften, welche auf eine kräftige Ernährung, möglichste Kalkzufuhr und thunlichste Einschränkung der Milchsäurebildung gerichtet sind, und endlich lässt er regelmässig baden. Mit diesem Verfahren hat er einige ausgezeichnete Erfolge erzielt. In anderen Fällen wurde dasselbe mit dem Einbringen eines vernickelten Stahlstiftes combinirt, so in dem Falle einer 16jährigen Patientin, die in ihrem dritten Lebensjahre an essentieller Kinderlähmung litt, nach welcher eine Parese beider unteren Extremitäten zurückblieb. Der rechte Unterschenkel war 3 Cm. im Körperwachsthume zurückgeblieben, der rechte Fuss, der überdies hochgradig-schlotterig im Fussgelenke stand, hatte die Grösse eines Kinderfusses. In Narcose wurde unter strengster Asepsis der 2 Mm. starke Stift in der unteren Tibiadiaphyse schräg gegen den Intermediärknorpel zu eingebracht; Gypsverband; nach acht Tagen wurde der Stift entfernt, ein einfacher Schienenverband angelegt und die oben geschilderte Behandlung eingeleitet. Nach zwei Monaten war eine Verlängerung der Tibia um 1·7 Cm. nachzuweisen, der Fuss ist länger und breiter geworden, mit der Tibia ist die Fibula gleichzeitig gewachsen, der Fuss schlottert nicht mehr, was wohl auf die Nachbehandlung zurückzuführen ist.

72. ***Die Diagnose der pericoecalen Eiterung und deren Behandlung durch Entfernung des Wurmfortsatzes.*** *Von* ***Th. G. Morton.*** *(Journ. of the Amer. med. assoc. 1888. 24. — Centralbl. f. Chir. 1888. 49.)*

Verf. bevorzugt eine laterale Incision, direct über den Eiterherd. Die Grösse des Schnittes richtet sich nach der Ausdehnung der Eiterung. Meist genügt ein 3—4 Zoll langer Schnitt zur Entfernung des Wurmfortsatzes. Nach Eröffnung des Eiterherdes wird derselbe gründlichst entleert und gereinigt, um einen genauen Einblick zu gestatten. Ist der Wurmfortsatz die Ursache der Entzündung, so wird derselbe unterbunden und exstirpirt. Eine Vereinigung der Schnittfläche durch *Lembert*'sche Nähte ist unnöthig. Die Schnittfläche heilt durch Granulation. Findet sich im Coecum eine Perforation, so muss dieselbe nach *Lembert* vereinigt werden. Die Wunde wird drainirt, mit antiseptischer Gaze leicht austamponirt und höchstens durch 1—2 Nähte verkleinert. Findet sich bereits allgemeine Peritonitis, so ist die ganze Bauchhöhle auf das Sorgfältigste zu desinficiren eine etwaige Perforationsstelle aufzusuchen, zu nähen etc. In allen diesen Fällen muss ein Glasrohr bis auf den Boden des Beckens geführt werden. Durch dasselbe wird mittelst hydrophiler Gazestreifen eine capillare Drainage eingerichtet. Die Nachbehandlung besteht in



strengster Ruhighaltung der Därme durch Opium, Diät etc. Die Drainagen werden, je nachdem die Secretion der Wundhöhle sich vermindert, früher oder später entfernt. Die Abscesshöhle muss sich durch Granulationen schliessen.

73. ***Reposition von eingeklemmter Hernie ohne Messer.*** *Von Dr.* ***Alban Shmith-Payne.*** *(Virginia Medical Monthly. 1888. September.)*

Verf. hat in vielen Fällen von incarcerirten Hernien, bei welchen die Taxis nicht gelang und er nicht operiren wollte, von der intensiven Anwendung des Eises mit raschem Wechsel von ganz heissem Wasser überraschend gute Erfolge, so dass er dieses Verfahren seit fast 40 Jahren übt und wie der Autor sagt „in no case has my plan failed to give speedy and complete relief to the sufferer". Die Erklärung für diese auffallend günstige Wirkung glaubt der Verf. darin zu finden, dass der ganze Intestinaltract in eine ausgiebige Peristaltik versetzt wird, wodurch die Natur genöthigt wird, ihre Heilwirkung zu entfalten, den Darm nach auf- und abwärts zu bewegen, was jedenfalls leichter geschieht als durch die rauhe Taxis oder das Messer des Chirurgen. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

74. ***Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben.*** *Von Prof.* ***W. A. Freund*** *in Strassburg. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 323.)*

Freund beklagt es, dass selbst die Gynäkologen vom Fach bei Behandlung der Tubenerkrankungen den embryonalen Entwicklungsgesetzen, dem anatomischen Baue und den physiologischen Qualitäten der Tuben zu wenig Berücksichtigung schenken; die mit der steten Verbesserung der Operationsmethoden einhergehende geringere Schwierigkeit und Gefahr der operativen Entfernung der Tuben hat zur Folge, dass in dieser Hinsicht hauptsächlich in Deutschland und Amerika ein wahrer Furor operationis eingerissen ist, dem so manche mehr weniger gesunde, jedenfalls aber existenzberechtigte Tube zum Opfer fällt. Ein wenig mehr denken, abwarten und probiren und etwas weniger rasch schneiden ist der Wunsch des Verfassers, für den er in der vorliegenden interessanten Arbeit Propaganda macht. Er schildert in anschaulicher Weise und an der Hand zweier figurenreicher Tafeln die embryonale Bildung der Tuben und bespricht eingehend die viel zu wenig gewürdigten Beziehungen, welche sich aus diesen Entwicklungsverhältnissen, sowie aus den anatomischen und physiologischen Eigenschaften der Tuben für die späteren Erkrankungen dieser Organe ergeben. Wenn dabei auch begreiflicherweise keine ganz neuen Gesichtspunkte aufgestellt werden, so bietet doch das Gesagte des Interessanten und Lesenswerthen genug. Im Allgemeinen fasst Verf. die Prognose der Tubenerkrankungen in den Satz zusammen, dass Erkrankungen gut entwickelter Tuben, wenn sie nicht an sich gefährlicher Natur sind — schwere Sepsis, Tuberculose — eine gute; Erkrankungen anomal entwickelter Tuben, auch wenn sie an sich ungefährlicher Natur sind — catarrhalische, putride, gonorrhoische Infection — in Bezug auf Restitutio ad integrum eine schlechte, in Bezug auf Erhaltung von Gesundheit und Leben bedenkliche Vorhersage geben. *v. Buschman.*



75. ***Behandlung von Angiom und Struma mittelst der Elektrolyse.*** *Von* **Dunkan.** *(Brit. med. Journ. — München. med. Wochenschr. 1888. 49.)*

In der chirurg. Section der Brit. medical Association (56. Jahresversammlung zu Glasgow, August 1888) berichtete *Dunkan* über die höchst erfreulichen Resultate, welche er mit der Behandlung von Angiom und Struma mittelst der Elektrolyse erzielt hat. Von letzterer Affection hat er 14 Fälle mit dieser Methode behandelt. Bei dreien ist das bisher günstige Resultat noch zu frischen Datums, um ein endgiltiges Urtheil zu gestatten; bei 4 Fällen ist nichts wieder über die Patienten zu erfahren gewesen; bei einem ist nach der einen Operation keine Veränderung an der Geschwulst seither zu beobachten gewesen; bei 6 Kranken ist eine vollständige Heilung erzielt worden. Meistens hatte es sich um Struma vascular. gehandelt. — Ausser einer Reihe von Angiomen führt Verf. auch einige Fälle von Aneurysma circoid. an, bei denen auch diese Operationsweise von bester Wirkung war. Für diese Affection sei überhaupt die Elektrolyse die einzige gerechtfertigte Therapie. Die Angiome und Naevi sollen mit derselben behandelt werden: 1. wenn die Geschwulst Neigung zum Wachsen documentirt, 2. wenn es darauf ankommt, eine Narbe zu vermeiden; 3. wenn der subcutane Theil ein gewisses Verhältniss zum cutanen Theil überschreitet. Von Aneurysma circoid. hat Vortr. jetzt 11 Fälle ohne irgend einen Misserfolg oder Nachtheil elektrolytisch behandelt. Das Verfahren besteht einfach in der Einführung der isolirten Elektrodennadel in den Tumor hinein und dem Bearbeiten und Schrumpfenlassen der Arterienwände hauptsächlich mittelst des negativen Poles, der möglichst mit dem ganzen Tumor nach und nach in Berührung gebracht wird, bei sorgfältiger Ausschaltung der Cutis. Ein Strom von 40—80 Milliampères ist gewöhnlich vollkommen genügend. Die Sitzungen dauern von 10—30 Minuten und der Erfolg ist sofort erkennbar. Zwei Fälle von traumatischem arteriovenösem Aneurysma der Orbita waren wegen des eclatanten Erfolges besonders bemerkenswerth.

76. ***Die elektrische Behandlung bei Stenosen des Cervicalcanales und der dadurch bedingten Sterilität.*** *Von* **Henry D. Fry** *in Washington. (Amer. Journ. of Obstetr. Januar-Heft. 1888, pag. 40.)*

In Anwendung kommt ein schwacher elektrischer Strom. Die Kranke nimmt die Rückenlage ein. Der positive Pol kommt in Form eines handbreiten flachen Schwammes auf die Gegend des Fundus oder die Kreuzbeingegend. Die negative Elektrode wird durch eine kupferne Uterussonde verschiedener Stärke gebildet, die an ihrer Spitze eine kleine Olive verschiedener Grösse trägt. Die Sitzung dauert Anfangs 8, später 15 und schliesslich 20 Minuten und wird alle 5—7 Tage wiederholt. Bei Stenose des äusseren Muttermundes wird die Olive leicht an ersteren angedrückt und einige Minuten so gehalten. Allmälig öffnet sich der Muttermuud und die Sonde dringt ein. Nun leitet man sie vorsichtig bis zum inneren Muttermund und über diesen hinaus. An der Stelle, wo eine Strictur ist, liegt die Sonde längere Zeit, bis die Strictur sich erweitert. Das nächste Mal nimmt man eine



dickere Sonde mit grösserer Olive u. s. w. Diese Behandlungsmethode hat das für sich, dass sie leicht einzuleiten ist, keine Schmerzen bereitet, sicher wirkt, ungefährlich ist und mittelst ihrer häufig gleichzeitig bestehenden Genitalleiden — wie Neuralgien, Fixationen des Uterus, Hyperästhesien, Entzündungen des Uterus u. dergl. m. — zum Schwinden gebracht werden.

Kleinwächter.

77. ***Die Mikroorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau.*** *Von* ***G. Winter.*** *(Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. XIV. Bd. 2. Heft. — Deutsche med. Zeitung. 1888. 101.)*

Die bacteriologischen Untersuchungen des Verfassers ergaben: 1. Die normale Tube enthält keine Mikroorganismen. 40 Tuben, von 32 Patienten stammend, liegen diesem Ergebniss zu Grunde; 29 Tuben waren vollständig frei von Keimen, sechsmal entwickelte sich nur eine Cultur, zweimal zwei und dreimal mehrere Keime. 2. Die gesunde Gebärmutterhöhle enthält keine Mikroorganismen. Die Gegend des inneren Muttermundes zeigte in der Hälfte der 30 untersuchten Uteri keine Mikroorganismen. 22 Uteri waren in der Körperhöhle frei von Keimen, in 8 Fällen liessen sich dieselben nachweisen. 3. Im Cervicalcanal der gesunden Frau konnte Verf. in 20 untersuchten Fällen stets reichlich Mikroorganismen nachweisen und eine Zunahme derselben — besonders der Bacillen — in der Schwangerschaft constatiren. 4. Die Scheide der gesunden Frau enthält immer Mikroorganismen. Unter den 27 verschiedenen Arten von Mikroorganismen fand Verf. in der Hälfte aller Fälle 3 Staphylococcenarten, die er mit den bekannten pathogenen Staphylococcenarten identisch erklärt, obschon Impfversuche negativ ausfielen. Verf. nimmt an, dass diese Staphylococcen sich im Genitalcanal der gesunden Frau in einem Zustande der abgeschwächten Virulenz befinden, ihre ursprüngliche Virulenz aber wieder gewinnen können, sobald sie mit abgestorbenem oder zersetzungsfähigem Gewebe im Geschlechtscanal zusammentreffen. Auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse dringt Verf. auf eine präparatorische Desinfection der Scheide und des Halscanals bei geburtshilflichen und gynäkologischen Eingriffen. Vor allem aber warnt er vor dem unnöthigen Sondiren der Gebärmutter, weil mit der Sonde Organismen in die sonst keimfreie Gebärmutterhöhle leicht eingeführt werden können. Auch erachtet Verf. eine Desinfection des Geschlechtscanales der Gebärenden zur Vermeidung der Selbstinfection für dringend geboten.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

78. ***Fremdkörper im rechten Bronchus.*** *Von* ***Walter J. Kilner.*** *(The Lancet. Juni 1888. 23. — Deutsch. med. Zeitg. 1888. 89.)*

Der Fall ist merkwürdig, nicht allein weil der Fremdkörper, eine Nelke, 296 Tage in dem rechten Bronchus zurückblieb und von da aus bronchopneumonische Processe über die ganze Lunge hin erregte, sondern auch weil die Diagnose zweifelhaft blieb, bis eines Tages ein Partikelchen ausgehustet wurde, das vermittelst des Mikroskops auf die richtige Diagnose führte. Der

Patient, ein 10jähriges Kind, genas, trotz der langen Dauer und der durch die Bronchopneumonie herbeigeführten äussersten Erschöpfung, durch Anwendung von Inhalationen und einer roborirenden Therapie.

79. ***Eine neue Methode, den Augenhintergrund am cocainisirten Auge sichtbar zu machen, mit Hilfe von planparallelen Platten.*** *Von Dr.* **Bellarminow** *in St. Petersburg. (Therapeut. Monatsh. 1888. 12.)*

Die Voraussetzungen, auf denen der Apparat des Verfassers beruht, sind folgende. Wenn die gewölbte Cornea durch eine planparallele Glasplatte angedrückt wird, so dass die Cornea sich an die Platte anlegt, so muss man naturgemäss im Stande sein, da das Auge dadurch stark hypermetropisch wird und die Lichtstrahlen vom Augenhintergrund nicht mehr parallel, sondern stark divergirend heraustreten, den Augenhintergrund direct und naturgemäss vergrössert zu sehen. Die Voraussetzung hat sich vollkommen bestätigt und der Verfasser verfährt zur Untersuchung des Augenhintergrundes folgendermassen. Vorbedingung ist die Anästhesirung des Auges mittelst einer 2%igen Lösung von Cocain. hydrochlor. Auf die Cornea wird dann eine kleine 6—9 Millimeter im Durchmesser planparallele Glasplatte, die in einer kleinen Fassung sich befindet, aufgedrückt. Man bringt vorher auf diese Platte einen kleinen Tropfen Wassers oder besser einer 0·6%igen, sogenannten physiologischen Kochsalzlösung, damit die Convexität der Cornea in grösserer Ausbreitung ausgeglichen wird. Bei Anwendung seitlicher Beleuchtung zeigt sich jetzt der Augenhintergrund in seiner vollkommenen Klarheit, bei sehr enger Pupille wird man Atropin oder Homatropin in etwa 1%iger Lösung vorher anwenden. Bei stark pigmentirten Augen kann man die Beleuchtung durch einen Concavspiegel verstärken. Als Vortheil seiner Methode hebt Verfasser hervor, dass man mit derselben, ausser den pathologischen Veränderungen am Augenhintergrund, auch die Störungen in den vorderen Kammern und in den optischen Medien leichter zu erkennen im Stande sei. Verfasser hebt hervor, dass er selbst bei öfterer Wiederholung der Untersuchung eine Reizwirkung der Cornea an seinen Patienten nie beobachtet habe.

—*r.*

80. ***Reflexerscheinungen am Auge in Folge Nasenleidens.*** *Von Dr.* ***E. Grüning.*** *(Centralbl. f. Augenhk. 1888. Juni. — J.-R. d. med.-chir. Centralbl. 1888, pag. 194.)*

Angeregt durch die Entdeckungen der letzten Jahre bezüglich der Aetiologie vieler Fälle von Asthma, Migräne, Supra- und Infraorbitalneuralgie etc. hat Verf. in den letzten 2 Jahren auch in einer grossen Reihe von zwar oberflächlichen, aber doch sehr störenden und hartnäckigen Augenaffectionen Erkrankungen der Nase als ursächliches Moment gefunden. Es handelte sich um brennende, schmerzhafte Sensationen der Lider oder Bulbi, die am Morgen ausgesprochener waren als am Tage; um asthenopische Beschwerden, um vermehrte Vascularisation der Conjunctiva und um Thränen bei der geringsten Veranlassung. Die Patienten waren meist schon jahrelang erfolglos mit allen möglichen Mitteln an den Augen, die im Uebrigen vollständig normal



waren, behandelt worden. Verf. fand entweder einen einfachen Catarrh der Nasenschleimhaut oder ernstere Erkrankungen, Schwellungen der Muscheln, Verbiegungen, knorpelige Verdickungen des Septums, nach deren medicamentöser oder chirurgischer Beseitigung die Augenbeschwerden schwanden. Um in Fällen von einfachem Nasencatarrh momentan zu entscheiden, ob dieser die Ursache der Augenbeschwerden ist, empfiehlt Verf. Einträufelung von Cocain in die Nase.

81. ***Mittel gegen den Schnupfen.*** *In der schweiz. Wochenschr. f. Pharm. 1888, 407 empfiehlt* ***Köhler*** *Kampferinhalationen in folgender Weise ausgeführt:*

Man schüttet einen Theelöffel voll gepulverten Kampfers in ein mehr tiefes wie weites Gefäss, füllt dieses zur Hälfte mit siedendem Wasser und stülpt eine dreieckige Papierdüte darüber. Die Spitze dieser Düte reisst man soweit ab, dass man die ganze Nasse bequem hineinstecken kann. Man athmet nun die warmen kampferhaltigen Wasserdämpfe etwa 10 bis 15 Minuten durch die Nase ein und wiederholt dieses etwa alle 4 bis 5 Stunden. Auch der hartnäckigste Nasenkatarrh wird nach einem dreimaligen Einathmen verschwunden sein; in der Regel indess bedarf es keiner Wiederholung, wenn man das erste Mal energisch zu Werke geht und sich nicht durch die nicht gerade angenehme Empfindung, welche der Kampferdampf in der Nasen- und Rachenhöhle hervorruft, abschrecken lässt. Die warmen Dämpfe, welche die Nase auf allen Seiten umgeben, so dass sich diese in einem Dampfbade befindet, bewirken einen profusen Schweiss der Nasen- und Rachenschleimhaut und wirken somit auch äusserst wohlthätig auf einen etwa gleichfalls vorhandenen Rachenkatarrh.

82. ***Ueber Schneeblindheit.*** *Von* ***August Berlin*** *in Stockholm. (Nordiskt med. Arkiv. 1888. 3.)*

Die meist als eine durch den blendenden Schnee bedingte Netzhautaffection aufgefasste Schneeblindheit ist nach den von *Berlin* auf der Nordenskyöld'schen Schlitten - Expedition in Grönland gemachten Beobachtungen ein Erythema conjunctivae. Dass die Conjunctiva primär leidet, machen übrigens die Mittheilungen älterer und neuerer Aerzte, welche das Leiden theils in arktischen Gegenden, theils in hohen Bergregionen, Alpen (Kaukasus) selbst beobachteten, insofern wahrscheinlich, als dieselben constant Bindehautentzündung und heftige Schmerzen dabei beobachteten. Das Leiden findet sich in Amerika nach Süden hin bis zum 53° n. Br., während es in Europa z. B. in Scandinavien in der Ebene nicht vorkommt. Gegen die gewöhnliche Auffassung der Schneeblindheit spricht namentlich auch der Umstand, dass, wenn dieselbe auch nicht im Frühling bei Sonnenschein auftritt, doch eine Reihe von Beobachtungen es sicherstellen, dass auch ohne Sonnenschein die arktischen Eisnebel einerseits und Schneestürme anderseits das Leiden hervorrufen können. Die Affection beginnt mit der Empfindung des fremden Körpers im Auge, worauf Brennen und intensiver Schmerz, Photophobie, Thränenfluss und Blepharospasmus folgt; die Bindehaut des Bulbus ist zuerst hyperämisch, dann folgt auch Hyperämie der Conjunctiva palpebrarum und hierauf Chemosis, in



sehr schweren Fällen auch Trübung der Hornhaut; die Pupille verengt sich, im Augengrunde macht sich leichte Hyperämie bemerkbar. Das Sehvermögen ist nicht vermindert. Die meisten Fälle heilen bei Vermeidung der Schädlichkeit in 2—3 Tagen; bei protrahirten Fällen kann es zu Cornealgeschwüren kommen, aber eine Verminderung der Sehkraft, soweit diese nicht von Veränderungen der Hornhaut herrührt, kommt nicht vor. Bisweilen ist nur ein Auge afficirt, meist das nach der Sonne gerichtete. Auch bei Thieren ist die Affection beobachtet. Alle diese Symptome sprechen gegen die Blendung durch den Schnee als Ursache, die niemals äussere Reizung des Auges, sondern dauernde Abnahme des Gesichtsfeldes und Scotome erzeugt, welche bei der Schneeblindheit nicht vorkommen. Da die Gegenden, wo die Schneeblindheit herrscht, sich besonders durch ihre niedrige Temperatur (das Leiden kommt übrigens nicht blos bei Temperaturen unter 0°, sondern selbst bei + 7° vor) und durch die niedrige absolute Feuchtigkeit der Luft auszeichnen, und da die gewöhnliche Intensität der Sonnenstrahlen hier bedeutend verstärkt wird, weil gerade die Luftfeuchtigkeit besonders die strahlende Wärme absorbirt, da ferner die Insolation in den arktischen Gegenden im Frühling, wo die Schneeblindheit meistens vorkommt, am grössten ist, pflegt er bei den im Sonnenschein entstehenden Fällen die Insolation dafür verantwortlich zu machen, umsomehr, als es durch die Beobachtung festgestellt ist, dass dieselbe auch heftige Dermatitis erzeugt, die gleichzeitig oder etwas später als die Symptome der Schneeblindheit auftreten. Die Hyperämie der Netzhaut ist darnach eine secundäre, die sich leicht durch die heftige Reizung der Bindehaut erklärt. In den Fällen, wo Schneeblindheit ohne den Einfluss der Sonne erfolgt, ist die mechanische Irritation durch die harten Schneepartikel in den Schneestürmen oder die Eisnadeln in den dichten Nebeln Ursache des Leidens. *Berlin* ist übrigens der Ansicht, dass auch manche phlyctaenulöse Bindehautentzündungen, wie sie bei uns im Frühjahre häufig vorkommen, auf analoge Weise (Insolation, Reizung durch Staub) entstehen. Schneebrillen (Holzstücke mit Querschnitt oder Drahtnetze, mit oder ohne die dunklen Gläser, welche durch Beschlagen rasch und durchsichtig werden) sind nicht nur prophylactisch, sondern auch während der Krankheit zu gebrauchen. Gegen die Schmerzen ist Opiumtinctur gebräuchlich, doch ist vermuthlich Cocaïn noch von günstigerem Effecte. *Th. Husemann.*

Dermatologie und Syphilis.

83. ***Ueber Haarcuren.*** *Von Dr.* ***Oscar Lassar.*** *Aus Dr.* ***Lassar's*** *Klinik für Hautkrankheiten. (Therap. Monatsh. December, 1888.)*

Für die so häufig auftretende Alopecia areata muss der Ansteckungstheorie die grösste Wahrscheinlichkeit zuerkannt werden, daher ist der Haarschwund nur durch eine antiparasitäre Behandlung zum Stillstand zu bringen, sie ist auch thatsächlich von eclatanter Wirkung bei genügender Energie,



Consequenz und Geschicklichkeit der Durchführung von Seite des Arztes. Man lasse durch geübte Hand in den ersten 6—8 Wochen täglich, später seltener den Haarboden durch etwa 10 Minuten seifen, und zwar am besten mit einer stark theerhaltigen, z. B. der *Berger*'schen Theerseife. Auch kann man folgende zur Reinigung der Kopfhaut sehr dienliche Seifenmischung herstellen lassen: 1 St. Krankenheil-Seife Nr. 2 und 1 St. Cocos-Seife werden fein zerrieben mit je einem Esslöffel Soda und Pottasche gemischt und dann in einem Liter Rosenwasser gelöst. Nach gründlicher Einschaumung der Kopfhaut — das Haar wird zu diesem Zwecke in möglichst viele Scheitel zerlegt — wird die Seife mittelst eines Irrigators oder einer kleinen Giesskanne erst mit lauem, dann mit kühlem Wasser sorgsam abgespült. Diese kalten Waschungen härten die Kopfhaut des gegen Erkältungen gewöhnlich sehr empfindlichen Alopecia-Patienten in erfreulicher Weise ab. Nach leichtem Trocknen wird der Kopf nun frottirt mit:

Rp. *Sol. Hydr. bichl. 0·5 : 150·0*
Glycerini
Spirit. colon. aa 50·0
M. S.

sodann trocken gerieben mit absolutem Alkohol, dem $^1/_2$% Naphtol zugesetzt ist und dann

Rp. *Acid. salicyl. 2·0*
Tinct. benz. 3·0
Ol. pedum tauri ad 100·0
M. S.

möglichst reichlich in die jetzt ganz entfettete Haut eingerieben. Im Beginn des Haarschwunds, zumal bei ganz jungen Leuten, ist der Nutzen der Cur ein weitgehender, sie ist namentlich bei Frauen und Mädchen gangbar. Hartnäckigeren Fällen gegenüber wird man Sublimat, dem eine specifische Wirkung in Bezug auf Haarwachsthum zuzutrauen ist, mehrmals täglich anwenden. Unter nassen Sublimat-Verbänden sieht man ganz zufällig manchmal Hypertrichosis an den Extremitäten entstehen. Wie die Einführung des Lanolin gezeigt hat, werden sich besonders fettige Vehikel animalischer Provenienz zur Resorption in die menschliche Haut eignen. Dementsprechend mag auch das sogenannte Pferdekammfett, Adeps colli equini, ein in manchen Gegenden beliebtes Volksmittel, vielleicht auch auf Grund seiner eigenartigen chemischen Zusammensetzung eine gewisse Geltung besitzen. Jedenfalls dient es mit offenbarem Nutzen in folgender Zusammensetzung:

Rp. *Acid. carbol. 1·0*
Sulf. sublim. 5·0
Adip. colli equini ad. 50·0
Mfgt. Adde ol. Berg. gtt. X. D. i. oll. vitrea aperta.
S. Flüssige Pomade.

Ganz augenscheinlicher Weise wirkt auch vorsichtige Anwendung von Terpentin, entweder als Oel, anfangs mit gleichen Theilen indifferenten Oels versetzt oder in Mischung mit verdünntem Spiritus. Nach den ersten Mittheilungen von *Schmitz* haben wir immer wieder zum Pilocarpin und anderen Schwitzcuren ge-



griffen und können den Erfolg derselben nicht in Abrede stellen. Auch in Spiritus oder als Pomade:

Rp. *Pilocarpini muriatici 2·0*
Vaselin. flavi 20·0
Lanolini 80·0
Ol. Lavand. gtt. XXV.

wirkt das Pilocarpin fördernd auf den Haarwuchs. Dass ebenso in dem altbekannten Zusatz von Perubalsam zu Haarpomaden lediglich das Antiparasitäre von Bedeutung sei, ist nach alledem wahrscheinlich, und eine Zusammensetzung von:

Rp. *Pilocarp. muriat. 2·0*
Chinin. muriat. 4·0
Sulf. praecip. 10·0
Balsam. peruvian. 20·0
Medull. bovin. ad. 100·0

stellt eine zwar theure, aber empfehlenswerthe Haarsalbe dar. Allerdings sind alle fettigen Einreibungen stets, bevor sie sich ranzig zersetzen, durch Seifenwaschungen wieder zu entfernen und umgekehrt jeder Seifcur eine nachherige Einfettung nachzuschicken, damit Sprödigkeit der Kopfhaut von vorneherein verhütet werde. Endlich ist noch der Theer zu erwähnen, dessen Nützlichkeit in Form von Theerbädern bei allen stürmisch-progressiven Fällen auf das deutlichste die eventuelle Bedeutung einer antiparasitären Behandlung darthut. —*r.*

84. ***Behandlung des Eczems.*** *Von* ***Wetherell.*** *(The Lancet. 1888. Sept. 22.)*

Um das Eczem der Handfläche und Fusssohle erfolgreich behandeln zu können, schreibt Verfasser eine ausführliche äusserliche und innere Behandlung vor, welche überdies von einer streng eingehaltenen Diät und der Befolgung specieller hygienischer Indicationen begleitet sein muss. Die äusserliche Behandlung besteht darin, dass die Hände durch mehrere Minuten mit warmem Wasser gut gefeuchtet mit Eukalyptuslanolin oder Lanolinkohlentheerseife gereinigt und dann in frisches warmes Wasser kommen. Jetzt bestreicht man die Handfläche mit etwas animalem Fett und reibt sie stark mit Bimstein. Ist die Epidermis noch so hart und spröde, so wird sie ganz entfernt, bisweilen in grossen Fetzen und die darunter liegende Haut wird glatt, weich und geschmeidig. Diese Procedur wird jeden zweiten und dritten Tag wiederholt und nach jeder Sitzung wird die Oberfläche mit etwas Naphtollanolinpomade bestrichen. Die innerliche Behandlung besteht in Darreichung kleiner Dosen von Liquor kali arsenicosi nach der Mahlzeit. Möglicherweise trägt das Arsen zur Assimilation der Nahrung durch Emulgirung der Fette bei. Die diätetische Behandlung erfordert strenge Einhaltung von 3 Mahlzeiten täglich. Thee und Fleisch dürfen nur einmal im Tage genossen werden, Kartoffel und Alkohol sind ausgeschlossen. Der Kranke soll zu jeder Tageszeit wollene Kleidung tragen, nur dass für den Sommer leichtere Stoffe gewählt werden. Genügende Körperbewegung im Freien, absolutes Trockenhalten der leidenden Stellen unterstützen die Behandlung. —*r.*

85. ***Spinale Affectionen in Folge von Gonorrhoe.*** *Von **Hayem** und **Parmentier**. (Revue de méd. 1888. 6. — Centralbl. f. klin. Medicin 1888. 51.)*

Die Verff. schildern 2 eigene neue und 3 ältere fremde Fälle von schweren gonorrhoischen Gelenkaffectionen, in deren Verlauf nervöse Erscheinungen auftraten, die auf eine Betheiligung der Medulla hindeuteten. Es würde zu weit führen, hier die einzelnen Krankengeschichten wiederzugeben; es genüge, die verschiedenen Symptomengruppen hier anzuführen: 1. Vorherrschen der Sensibilitätsstörungen: Neuralgie im Gebiete der Nn. ischiadici und crurales. Gürtelgefühl, Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, Parästhesien, Hyperästhesien, Anästhesien, geringe Parese der Muskeln. 2. Ueberwiegen der motorischen Störungen: Paraplegien in verschiedenen Stadien. 3. Gleichzeitige und gleichgradige Störungen der Sensibilität und Motilität: Sehr starke Sensibilitätsstörungen, blitzartige Schmerzen, excessive Hyperästhesie, Muskelschwäche, gesteigerte Reflexerregbarkeit (Patellarreflexe, Hautreflexe erhöht, Fussclonus), Krämpfe, Gliederzittern, Muskelatrophie mit oder ohne Lipomatose. Diese verschiedenen Erscheinungen traten entweder wenige Wochen nach der Infection oder im Verlauf der gonorrhoischen Gelenkaffection auf. Ihre Dauer schwankte zwischen einigen Wochen und mehreren Jahren. Die oberen Extremitäten waren nie betheiligt. — Die Verff. erklären diese Symptome als Folgen einer gonorrhoischen Meningitis oder Myelitis. Bekanntlich sind einzelne der oben beschriebenen Symptome auch bei anderen chronischen Gelenkaffectionen beobachtet worden. Es erscheint daher zum mindesten fraglich, ob die Verff. zu der Annahme einer specifischen gonorrhoischen Centralerkrankung berechtigt sind.

86. ***Deferentitis gonorrhoica ohne Epididymitis.*** *Von **Mibelli**. (Boll. d. Cult. d. sc. mediche. 1888. 3. — Monatsh. f. pr. Dermatol. 1888. 21.)*

Ein junger Beamter acquirirt eine Blennorrhoea urethr.; einige Zeit darauf traten intensive Schmerzen längs des linken Samenstranges auf. Nebenhoden normal. Nach einigen Tagen hören jene Schmerzen auf, und der Ausfluss aus der Harnröhre ist gesteigert. Kurz darauf wieder lebhafte Schmerzen an dem linken Samenstrang; die Verdickung desselben lässt sich bei der Palpation nachweisen. Der Nebenhoden ist auch jetzt gesund. Dieses Recidiv heilte in 5 Tagen, aber dieselben Erscheinungen traten an den rechten Samenstrang auf. Eine Woche später wird zum dritten und letzten Mal das Vas deferens sinistrum von dem gonorrhoischen Process ergriffen; diesmal ist der Schmerz lebhafter, und es verläuft circa 1 Monat, bis jede Beschwerde als beseitigt betrachtet werden konnte. Einige Zeit darauf heilt auch die Urethritis. Die Wichtigkeit dieses Falles liegt in seiner Seltenheit; denn sehr selten sind die Fälle mit blennorrhoischer Deferentitis ohne Ausbreitung des Processes nach dem Epididymus, und äusserst selten sind jene Fälle, denen *Ricord* die pittoreske Bezeichnung von Epididimite à altalène beilegte, und die eben dadurch charakterisirt sind, dass der entzündliche Process, nachdem er zuerst den einen Nebenhoden und dann den anderen ergriffen, wieder zum ersteren zurückkehrt.



Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

87. ***Ueber die Beziehungen zwischen der Wirkung des pancreatischen Saftes auf die Eiweisskörper und die Menge des Indicans im Harn.*** *Von* ***G. Pisenti.*** *(Arch. per le scienze med. Vol. XII. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 44.)*

Durch *Salkowski* ist festgestellt worden, dass bei der Fäulniss von Pancreaspepton („Trypton") sich Indol rascher und in weit grösserer Quantität bildet als bei der Fäulniss anderer Eiweisskörper, wie z. B. Fibrin, Serumalbumin. *Pisenti* vermuthete deshalb ein gewisses Verhältniss in der Menge des Harnindicans und des bei der Verdauung gebildeten Pancreaspeptons. Auch war in klinischen Beobachtungen am Menschen schon die Verminderung des Indicangehaltes des Harnes bei solchen Krankheiten des Pancreas gefunden worden, wo das Secret dieser Drüse überhaupt nicht in den Darm abgesondert wurde oder in seiner Wirksamkeit alterirt war. Bei mit constanter Nahrung gefütterten Hunden wurde zunächst während mehrerer Tage für den normalen Indicangehalt des Harnes eine Durchschnittszahl nach *Salkowski's* Methode ermittelt. Hierauf wurde der Ductus Wirsungianus ligirt; in den ersten Tagen nach der Operation fiel der Indicangehalt auf $^1/_3$—$^1/_5$ des Normalen. Wurde solchen operirten Hunden mit geringer Indicanausscheidung künstlich bereitetes Pancreaspepton in der Nahrung dargereicht, so stieg der Indicangehalt des Harnes sofort. Vom 12. bis 20. Tage nach der Unterbindung des Pancreasganges an beginnt die Indicanmenge wieder zu steigen; nach *Pisenti* beruht dies auf der allmäligen Eröffnung kleinster accessorischer Pancreasgänge. Die Indicanausscheidung hält somit gleichen Schritt mit der Bildung des Pancreaspeptons bei der Verdauung. Daher verschwindet auch häufig während des Ansteigens fieberhafter Krankheiten das Indican aus dem Harn, denn, wie *Stolnikow* an Hunden mit Pancreasfisteln gezeigt hat, sistirt die Absonderung des Pancreassaftes während der Acme des Fiebers, um während der Entfieberung wiederzukehren.

88. ***Untersuchungen über 453 nach Meynert's Methode getheilte und gewogene Gehirne von geisteskranken Ostpreussen.*** *Von Dr.* ***Julius Jensen,*** *Irrenanstaltsdirector zur Disposition. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. XX. 1. — Neurolog. Centralbl. 1888. 23.)*

Die Theilung wurde nach den Angaben *Meynert's* mit der Modification vorgenommen, dass das Gesammtencephalon gewogen, dann in Mantel, Kleinhirn, Stamm getheilt, abermals mit den Häuten gewogen, hierauf erst bei Theilung des Mantels die Häute entfernt, zwischen Fliesspapier getrocknet, gewogen und aus der Differenz die Menge der abgeflossenen Flüssigkeit festgestellt wurde. Bei Paralytikern betrug in jedem Krankheitsjahre die Abnahme des Hirngewichtes etwa 20 Gramm. Die Betrachtung der Gewichtstabellen aus den einzelnen Jahren der Krankheit zeigt einen Hirnschwund, der vom Stirnhirn beginnt,

über den Mantel zieht und auch noch den Stamm energisch betheiligt. — Bei der Melancholie atrophirt gleichfalls der Hirnmantel. Der Durchschnitt des Mantelpromille ergibt normaliter 785·82 pro Mille. Bei Melancholikern zeigte er für Männer 780·01, für Frauen 779·31. Bei dieser Atrophie ist das Stirnhirn nicht betheiligt! — Bemerkenswerth ist auch die eine Thatsache, die sich aus den Untersuchungen ergab, dass nämlich die rechte Hirnhälfte schwerer ist als die linke.

89. ***Allochirie bei multipler Hirn-Rückenmarkssclerose.*** *Von Dr.* ***Armin Huber*** *in Zürich. (Münch. med. Wochenschr. 1888. 34, pag. 563 u. 35, pag. 655. — Neurolog. Centralbl. 1885. 24.)*

Unter dem Namen Allochirie hat *Obersteiner* eine Sensibilitätsstörung beschrieben, die darin besteht, dass die Kranken die Empfindung eines Reizes nicht in die gereizte Extremität, sondern in die entsprechende der anderen Seite verlegen. Er fand dieselbe bei Tabikern und einmal bei einer Hysterischen. Die Literatur weist auch noch andere diesbezügliche Angaben auf. In dem vom Verf. genau beobachteten Falle von multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose — auch durch Section erwiesen, wiewohl die totale graue Entartung im Beginn der Lendenanschwellung und zum Theil der Seitenstränge ein wenig darüber hinausgeht — findet sich diese Allochirie an den Beinen (jedoch ist die Erfindung eines neuen Ausdrucks wohl unnöthig), und zwar für Tast- und manchmal auch für Temperaturempfindung. Diese Erscheinung war vorübergehend.

90. ***Notiz betreffend das reducirte Hämoglobin.*** *Von Prof.* ***L. Hermann*** *in Königsberg. (Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiol. 1888. Bd. 43, pag. 235. — Deutsche med. Zeitg. 1888. 101)*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass der zwischen den *Fraunhofer*'schen Linien D und E liegende verwaschene Absorptionsstreif des reducirten Hämoglobins genauer betrachtet aus zwei Streifen besteht. An der dem Roth näherliegenden Seite desselben hört nämlich die Absorption nicht einfach allmälig auf, sondern man sieht hier einen sehr schmalen Streifen, welcher von dem breiten Hauptstreifen durch einen schmalen, helleren Zwischenraum getrennt ist. Dieser Zwischenraum ist nicht absolut hell, sondern auch hier findet eine schwache Absorption statt; es bedarf daher sorgfältiger Beobachtung, um die Erscheinung zu sehen.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

91. ***Ueber wiederholte Infection mit pathogenen Schimmelpilzen und über Abschwächung derselben.*** *Von Prof. Dr.* ***Ribbert*** *in Bonn. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 48.)*

Nachdem *Ribbert* in einer früheren Arbeit festgestellt hatte, dass in Folge einer einmaligen Infection mit Aspergillus flavescens eine Vermehrung der im Blute circulirenden Leucocyten stattfindet und dass diese eine Wachsthumshemmung oder sogar



Vernichtung der Sporen bedingen, ging er daran, seine an der Niere gewonnenen Resultate am Auge des Kaninchens zu verificiren, da hier der Process in seiner ganzen Ausdehnung verfolgt werden kann. Er benützte 2 Kaninchen von gleichem Alter und gleichem Ernährungszustand. Dem einen injicirte er eine geringe Menge einer dünnen Sporenemulsion von Asperg. flavescens in eine Ohrvene und liess dann beide 8 Tage bis 8 Wochen unbehelligt. Dann injicirte er beiden je einen Cubikcentimeter einer dünnen Sporenemulsion in je eine vordere Kammer. Es ergaben sich nun typische Verschiedenheiten im Verlaufe der Erkrankung. Während nämlich bei dem bis dahin intacten Thiere nach Ablauf der ersten Erscheinungen Hypopyon sich einstellte, blieb dieses beim anderen Thiere gewöhnlich ganz aus oder trat in seltenen Fällen viel später auf. Die durch die Infection hervorgerufenen Knötchen in der Iris entwickelten sich bei dem vorinficirten Thier schneller, ihre Zahl nahm rascher zu und ihr Umfang war auf der Höhe der Erkrankung beträchtlich grösser als bei den anderen Thieren. Die Grössendifferenz der Knötchen war durch die verschiedene Menge der Sporen bedingt, und es liess sich mikroskopisch nachweisen, dass die Entwicklung der Sporen in den grösseren Zellhaufen eine geringere war als in den kleineren und dass die weniger ausgekeimten Sporen rascher verschwanden und im Zusammenhang damit auch die zelligen und fibrinösen Bestandtheile der Knötchen schneller zerfielen und resorbirt wurden. Der Process heilte also trotz der grösseren Zellansammlungen schneller ab, als bei dem Controlthier. Diese Versuche zeigen also, dass dieselben Veränderungen des Körpers, die bei einer ersten Infection auftreten und zu einer Heilung derselben führen können, bei wiederholter Erkrankung im verstärkten Masse zur Geltung gelangen und zu einer rascheren Bewältigung der Infection führen. Verf. fand ferner, dass getrocknete Sporen von Aspergillus flavescens eine verminderte Wachsthumsenergie besitzen und dass die Keimung dieser Sporen auch im Körper langsamer vor sich ging, als bei Anwendung voll virulenter Culturen, dass die Thiere dementsprechend länger lebten und dass grössere Mengen von Emulsion zur tödtlichen Infection nothwendig waren. Dieselbe abgeschwächte Virulenz zeigte sich bei den aus der ersten Generation gezüchteten Culturen, so dass auf einfachem Wege eine Abschwächung der Virulenz des Aspergillus flavescens zu Stande kam. Erstinfection mit getrockneten (abgeschwächten) Sporen hatte dieselbe Wirkung wie die bereits beschriebene Erstinfection mit virulenten Sporen. Es kommen also diese Versuche dem gewöhnlichen Schutzimpfungsverfahren nahe. *Schnirer*, Wien.

92. ***Ueber isolirt färbbare Antheile von Bacterien.*** *Von **Victor Babes** in Bukarest. (Zeitschr. f. Hygiene von R. Koch und Flügge. V. Bd. 1. Heft.)*

Verf. publicirt seine früheren, bis jetzt wenig bekannten Untersuchungen über die isolirte Färbbarkeit von Antheilen verschiedener Bacterien durch *Löffler's* Methylenblau. In seinem Berichte über die Cholera in Ungarn äusserte sich Verf.: Mittelst Methylenblau erkennt man am Ende der schwachblau gefärbten Stäbchen dunkelroth oder violett gefärbte Kügelchen, welche die



Dicke des Stäbchens nicht überschreiten. Wenn die Stäbchen die doppelte Länge erreicht haben, finden sich 1—2 Kügelchen in der Mitte. In längeren Fäden sind diese Gebilde ziemlich regelmässig in den Verlauf derselben eingeschaltet. In ungefärbtem Zustande sind dieselben nicht besonders auffallend, weder durch auffallend stärkeres Lichtbrechungsvermögen, noch durch die Form. Diese Gebilde werden in den verschiedenen Nährmedien angetroffen, neben ihnen waren immer Commabacillen vorhanden. An einer anderen Stelle bemerkte Verf., dass den Formenkreis des Cholerabacillus betreffend ein Farbstoffen gegenüber sich eigenthümlich verhaltendes kugeliges Gebilde von ihm gefunden wurde, welches am Ende oder in der Mitte des verlängerten Bacillus gelegen ist und ebensowenig eine (wahre) Dauerform darstellt als die *Hüppe*'schen Arthrosporen, welche letzteren ein weiteres Entwicklungsstadium der vom Verf. gefundenen Gebilde zu sein scheinen. Indem wir im Uebrigen auf das Original verweisen, bemerken wird, dass nach Verf.'s Ansicht die Umstände, unter welchen die Kügelchen gefunden werden und die directe Beobachtung es wahrscheinlich machen, d. h. dieselben zum Theilungsprocesse der Bacterien in Beziehung stehen. Die bisherigen Versuche des Verf.'s haben ihn von der Sporennatur der betreffenden Gebilde noch nicht überzeugen können. *v. Swiecicki.*

93. ***Ueber plötzliche Todesfälle im Säuglingsalter.*** *Von **P. Grawitz**. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 22. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1888. 44.)*

In zwei obducirten Fällen haben die Säuglinge an keiner Krankheit vorher gelitten, sondern sind gesund und munter gewesen und sind plötzlich spontan an Erstickung gestorben. Die Section ergab als Todesursache die beim Erstickungstode gewöhnlich vorkommenden Befunde, und bei beiden ist anatomisch als Erklärung für diese Erstickung nur die vergrösserte Thymus gefunden worden. In den 40—50er Jahren hat eine Debatte über die Bedeutung der Thymus stattgefunden; *Friedleben* hat damals die Bedeutung der Thymus nach eingehender Kritik bestritten, und seitdem legen die Gerichtsärzte wenig Werth auf dieselbe; bei *Liman* und *v. Hofmann* ist nichts in der Casuistik darüber enthalten. Und doch ist die gerichtsärztliche Seite der Frage wichtig genug, um dieselbe anzuregen, denn es ist erwiesen, dass gesunde Säuglinge eines plötzlichen Todes an Erstickung sterben können, ohne dass man dabei an die Schuld einer fremden Person zu denken braucht.

94. ***Ueber das Verhalten der Tuberkelbacillen im thierischen Organismus unter dem Einflusse entwicklungshemmender Stoffe.*** *Von Dr. **Georg Cornet**, prakt. Arzt in Berlin und Reichenhall. (Zeitschr. f. Hygiene. V. Bd., pag. 98.)*

Verf. ist der Hoffnung, dass es doch gelingen werde, den Tuberkelbacillus im Organismus anzugreifen oder wenigstens das Körpergewebe durch Einführung von antiseptischen Mitteln zu durchtränken und auf diese Weise einen ungünstigen Nährboden für den Bacillus zu schaffen. Er untersuchte nun in dieser



Richtung die wichtigsten der in der Behandlung der Tuberculose empfohlenen Mittel, indem er Meerschweinchen, in einigen Fällen auch Kaninchen tuberculös machte und diese Thiere mit der höchsten Dosis, die sie ertragen konnten, ohne an Vergiftung zu Grunde zu gehen, mit den betreffenden Stoffen behandelte. Es zeigte sich die angewandte Therapie in sämmtlichen Fällen wirkungslos. Um den menschlichen Organismus in der gleichen Concentration, wie in den Thierversuchen, zu durchtränken, müsste der Mensch täglich 50 bis 100 Gr. Tannin erhalten und doch würde die Entwicklung der Tuberkelbacillen in keiner Weise dadurch beeinflusst werden. In ähnlicher Weise stellt sich das Verhältniss für die anderen Substanzen. Vom Plumbum aceticum würden Tagesdosen von 10 Gr., vom Schwefelwasserstoff 100—150 Gr. einer gesättigten wässerigen Lösung, vom Menthol 50 Gr. täglich, vom Sublimat 25—250 Gr. einer sauren 1‰ Lösung wirkungslos sein. Auch Creosot auf das Körpergewicht des Menschen berechnet, 2 Gr. täglich, hindert die Entwicklung und Vermehrung der Bacillen in keiner Weise, möglich, dass das Mittel durch die secretionsvermindernde Wirkung von Bedeutung ist. In gleicher Weise waren Creolin, Knoblauch und die in neuerer Zeit empfohlenen Mittel Alanthol und Alanthsäure wirkungslos. *R.*

95. ***Experimentelle Untersuchungen über das Eindringen pathogener Mikroorganismen von den Luftwegen und der Lunge aus.*** *Von* ***Gust. Hildebrandt.*** *Aus der bacteriol. Abtheilung des path.-anat. Instituts zu Königsberg i. Pr. (Beiträge zur pathologischen Anatomie und Physiologie, herausgegeben von* ***Ziegler*** *und* ***Nauwerck.*** *Bd. II. H. 3.)*

Verf. stellte sich folgende vier Fragen: 1. Gelangen alle in der atmosphärischen Luft schwebenden Mikroorganismen bei der Athmung unbehindert in die Lunge? 2. Vermögen die einmal in die Alveolen gelangten Mikroorganismen auch in das intacte Lungengewebe einzudringen? 3. Vermögen die in das Lungengewebe eingedrungenen Mikroorganismen hier unbehindert zu wuchern? 4. Ist ein Transport von Mikroorganismen durch die Lunge möglich, und auf diesem Wege eine Allgemeininfection? Von der Voraussetzung ausgehend, dass, wenn mit jedem Athemzug in der Luft schwebende Mikroorganismen in die Lunge importirt werden, dieselben durch Uebertragen von Lungenstückchen auf einen geeigneten Nährboden auch zum Auskeimen und somit zum deutlichen Nachweis sich bringen lassen müssen, hat Verf. Stückchen aus den Lungen und Tracheen gesunder Thiere unter den nothwendigen Cautelen auf Nährgelatine ausgesäet. Das ebenso überraschende wie interessante Ergebniss dieser Versuche ist, dass unter normalen Verhältnissen so gut wie keine Mikroorganismen in den Trachen und den Lungen vorhanden sind. Es werden also die Mikroorganismen in den labyrinthähnlichen Nasenmuscheln und im Rachenraum zurückgehalten. Der Schutz, der gleichsam durch das Filtriren der Luft durch den Nasenrachenraum gewährt wird, ist aber nur ein relativer und hört, wie eine zweite Versuchsreihe des Verf. lehrt, gänzlich auf, sobald der Keimgehalt der Luft excessiv gesteigert wird. Bezüglich der



zweiten Frage ergaben Inhalationsversuche von Aspergillussporen, dass die intacte Lungenoberfläche nicht nur keinen Widerstand dem Eindringen der Sporen setzt, sondern im Gegentheil das Bestreben zeigt, sich von den sie tangirenden Gebilden so schnell als möglich durch Aufnahme in das Lungengewebe zu befreien. Für das Fortbestehen und Vermehrung im Lungengewebe finden indess nur gewisse Bacterien (Kaninchensepticämie) geeignete Bedingungen; die grosse Mehrzahl dürfte in demselben zu Grunde gehen. Die Möglichkeit der Wanderung von Bacterien durch die Lunge und der Blutinfection auf diesem Wege scheint für gewisse Bacterien vorhanden zu sein (Kaninchensepticämie); für andere (Asperg. fumig.), zum Theil sehr bösartige (Milzbrand) besteht diese Möglichkeit nicht. *Schnirer,* Wien.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

96. *Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens.*

Von Professor Dr. ***L. Schrötter*** *in Wien. III. Lieferung mit 13 Holzschnitten.*

Wien, Verlag von Wilhelm Braumüller, 1888.

Referirt von Sanitätsrath Dr. R. Hausmann in Meran.

Der Wunsch nach der Fortsetzung des stets mit Spannung erwarteten Werkes ist wiederum in etwas befriedigt, denn es liegt uns die dritte Lieferung vor, enthaltend die 15. bis 22. Vorlesung. Zunächst wird, um nur Einiges anzuführen, die Perichondritis laryngea besprochen, deren primäres Vorkommen als zweifellos anerkannt wird. Als causales Moment wird die Erkältung nicht geleugnet, ohne die Infectionsmomente ganz zu negiren. Die häufigste, die secundäre Perichondritis, tritt im Gefolge von Tuberculose, Syphilis, Typhus, Variola, Scarlatina, seltener des Erysipels und pyämischer Processe (Puerperium), nach Zerfall von Knorpelhaut und Knorpelneoplasmen auf, endlich nach Traumen. Es gibt unzweifelhaft eine Entzündung, trotz mancher Ansichten, ohne eitriges Exsudat und eine mit Exsudat der einzelnen Kehlkopfknorpel. Gegen den Schmerz bringt neben der Kälte eine subcutane Morphiuminjection aussen am Halse ziemlich ausgiebige Erleichterung, während Pinselungen mit 12—20% Cocaïnlösung nur vorübergehende Linderung schaffen (zur Einnahme der Mahlzeit). Bei Suffocation ist Tracheotomie angezeigt. Anchylose des Cricoarytaen-Gelenkes ist bisweilen Ausgang.

Aus der 16. Vorlesung Trichinosis, Soor, Erysipelas sei von letzterem hervorgehoben, dass die ganze Aehnlichkeit mit dem Erysipelas an der allgemeinen Decke nur in der Acuität beruht, in dem ganz gleich verlaufenden typischen Fieber und dem Auftreten einer phlegmonösen Erkrankung des Larynx bei bestehen-



dem Genius epidemicus erysipelatosus. Ferner werden Morbilli, Scarlatina, Variola besprochen; die letztere wurde von *Schrötter* wiederholt durch die Erscheinungen im Pharynx und Larynx diagnosticirt.

17. Vorlesung. Typhus abdominalis bot nur in 3% Larynxerkrankungen, welche zu jeder Zeit des Typhusverlaufes eintraten. Die Geschwüre, besonders an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand und an den Proc. voc. als vom Decubitus herrührend, bezweifelt *Schrötter*, während er die bei gleichzeitiger Geschwürsbildung an der hinteren Rachenwand und an der hinteren Larynxwand über der Cart. cric. befindlichen für Decubitusgeschwüre bezeichnet. Am häufigsten sind Catarrh und Peribronchitis mit Bildung eines Abscesses. Lähmung der Stimmbänder tritt ausser durch myopathische Veränderungen auch durch entferntere Ursachen auf: durch metastatische Eiterungen an den Bronchialdrüsen, im Zellgewebe des Mediastinums, durch welche der Nerv. laryng. inferior ausser Function gesetzt wird. Die Prognose hält *Schrötter* nicht für absolut schlecht.

Die 18. und 19. Vorlesung bespricht die Tuberculose und zunächst wird die Möglichkeit der Kehlkopftuberculose als primäre als mögliche, wenn auch vereinzelte, zugegeben, im Allgemeinen ist Lungentuberculose das Primäre, in zweiter Reihe ist der Darm, in dritter erst der Kehlkopf afficirt, wobei der Kehlkopf zwischen 25 bis 30 Jahren am meisten befallen ist. Die initiale catarrhalische Entzündung ist meist schon auf Tuberculose zu beziehen, sicher gilt dies von der Infiltration und den Geschwüren; eine seltene Form sind Geschwülste durch Accumulirung miliarer Tuberkel in infiltrirtem Gewebe. Sehr häufig entspricht die erkrankte Seite des Larynx der erkrankten der Lunge; wichtig für Differentialdiagnose. Bei Erkrankung der Epiglottis tritt Fehlschlucken häufig, Schmerz nur ausnahmweise auf, constant aber bei Ulcerationen an der Kuppe und namentlich der hinteren Fläche der hinteren Wand; tuberculöse Degeneration der Bronchialdrüsen kann Lähmung einer Kehlkopfhälfte erzeugen. Milchsäure ist das unstreitig wichtigste Medicament, von welchem *Schrötter* Fälle von mehrjähriger Heilung beobachtet hat.

Die 20. Vorlesung bespricht Lupus, Lepra, Scleroma laryngis. *Schrötter* glaubt, dass höchstens 3 Procent an Lupus vulg. Leidende auch im Kehlkopf davon befallen werden und würde sich vorkommenden Falles für Application von Milchsäure auf die scarificirten Knoten entscheiden. Leprakranke haben *Schrötter* nie über Schmerzen geklagt, Athemnoth ist das durch Verengerung der Larynxlichtung entstandene hervortretendste Symptom.

Sclerom, welchem ein bestimmter Bacillus zu Grunde liegt, hat unter Anderem als Hauptsitz die Schleimhaut zu beiden Seiten des Larynx unterhalb der Stimmbänder.

Vorlesung 21 und 22 handelt von Syphilis, Rotz, pyämische Processe.

Schrötter hat unter seinen 21.044 Halskranken im Laufe von 10 Jahren 4·5 Procent Syphilitische gefunden, wahrscheinlich

betrifft dies schwerere Formen, die leichteren kommen nicht zur ärztlichen Kenntniss. Acute und chronische Catarrhe, wozu Abstossung des Epithels und Verdickung desselben gehört, kommen, ohne zufällige Complication zu sein, zur Beobachtung, und zwar hauptsächlich am Kehldeckel, ausserdem an den Kanten der Stimmbänder stärkere Epithelanhäufung, wodurch abstechende weissliche Flecken entstehen, aus welchen durch Abstossung des Epithels seichtere und tiefere Erosionen hervortreten. Die Papel, reichliche Zelleninfiltration in der Papillarschichte des Coriums mit Massenzunahme der Papillen, sind besonders am freien Rand der Epiglottis, an den ary-epiglottischen Falten, an der Kuppe der Aryknorpel, an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand und am freien Rande der Stimmbänder. Geschwüre sind selten, können aber vollkommen schwinden. — Das syphilitische Infiltrat und die Gummabildung. Die erstere kann an allen Stellen des Kehlkopfes und diffus verbreitet vorkommen bis in die Musculatur und das Perichondrium hinein. Verengerungen des Larynxeinganges sind nicht selten. Bei Infiltration eines Stimmbandes entsteht ein gelatinöses charakteristisches Aussehen. Das Gumma entsteht, wenn das kleinzellige Infiltrat im gefässreichen Bindegewebe meist der Submucosa sich entwickelt. Die Geschwüre entstehen aus Papeln, Infiltraten, Gummageschwülsten, Durchbruch perichondritischer Processe ist oft ganz rapide. Bei Verlust der Epiglottis kann das Schlingen ungehindert stattfinden. Narben können nach Infiltraten und Gummata seicht und weisslich erkennbar zurückbleiben; bei Retraction des Narbengewebes kommt es zu Circulationsstörungen, oft zu Zerfall in der alten Narbe.

Wir haben versucht, einen ungefähren Ueberblick über den Inhalt der uns vorliegenden dritten Lieferung zu geben und glauben, einigermassen ersichtlich gemacht zu haben, wie inhaltsreich auch dieser Abschnitt geworden. Fügen wir noch hinzu, dass das Ganze leicht verständlich geschrieben, die äussere Ausstattung nach allen Seiten hin vortrefflich ist, so zweifeln wir nicht, dass Professer *Schrötter's* Buch allen Forderungen entspricht, die man an den berühmten Autor stellt und dass jeder Arzt, der nur einigermassen den Kehlkopfspiegel benutzt, darnach streben wird, in den Besitz des Werkes zu kommen.

Literatur.

97. ***Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studirende und Aerzte.*** *Von Prof. Dr. Rudolf Kobert, Director des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1888.*

Es ist selbstverständlich, dass in dem Masse, als der Arzt der Bedeutung der medicamentösen Behandlung eine grössere Anerkennung zuerkennen muss, auch jene Doctrin, welche ihn über die passende Art der Verabreichung der Arzneien im einzelnen Falle belehrt, also die



Arzneiverordnungslehre zu neuem Ansehen gelangt. Welcher Unterschied zwischen den Zeiten, als noch Chinin, Opium und Eisen das ganze Armamentarium des Internisten bildeten und der Gegenwart mit ihrem Medicamentenschatz! Dem gesteigerten Bedürfnisse nach einer Arzneiverordnungslehre, welches sich bei dem derzeitigen Bildungsgange des Mediciners immer mehr geltend macht, kommt *Kobert's* ausgezeichnetes Buch zur rechten Zeit entgegen. Ueberall, wo Arzneiwirkungen erhofft werden, kommt es bekanntlich nicht nur darauf an, was gegeben wird, sondern wie es gegeben wird. Wem nun diese Thatsache zum Bewusstsein gelangt ist, der muss sich jene Kenntnisse verschaffen, deren er bedarf, um in jedem einzelnen Falle das Arzneimittel in jener Form zu appliciren, in der die präsumptive Wirkung desselben am sichersten entfaltet wird. *Kobert's* Buch steht selbstverständlich auf der Höhe der Wissenschaft und enthält alle Neuerungen der pharmaceutischen Arzneiverordnungslehre, welche namentlich auf dem Gebiet der Bereitung von Pillen, Tabletten, Pflastern, Salben, Suppositorien, selbst zahlreiche Lösungen sich geltend machen, sorgsam registrirt. Unter den trockenen Arzneiformen sind es die Einreibestifte, Quellstifte, die zahlreichen trockenen Verbandstoffe, die Keratinkapsel und keratinirten Kapseln, welche tägliche Bedürfnisse des Praktikers berühren. Von wichtigen Tabellen des Werkes heben wir hervor: Angaben über die Löslichkeit einiger Arzneimittel in Weingeist und Aether, Formeln und den Procentgehalt von wirksamen Agens für eine Reihe wichtiger Arzneisubstanzen, die Tabelle, enthaltend die am häufigsten vorkommenden explosiblen Arzneimischungen, eine Tabelle über das Verhalten der wichtigsten farbigen Syrupe in neutralen, alkalischen und sauren Lösungen. *Kobert's* Compendium enthält auf dem engen Raum von 223 Seiten eine solche Fülle des für den Praktiker unentbehrlichen Wissenswerthen, dass dasselbe in keiner ärztlichen Bücherei fehlen soll. —*sch.*

98. ***Rathgeber für Herzkranke.*** *Von Dr.* ***Michaelis*** *in Waldenburg. Berlin, Heuser, 1888.*

Der eigentliche ausführliche Titel des Buches lautet: Diätetik, Hygiene und Prophylaxe der Krankheiten und krankhaften Störungen des menschlichen Herzens in 60 Grundregeln nebst Tagesdiät. Thatsächlich enthält das Buch ein ziemlich populär gehaltenes Compendium der Herzkrankheiten, und verdankt seine Entstehung wie sein Vorgänger — der Rathgeber für Leberkranke — dem Wunsche des Verfassers, all die Rathschläge, Belehrungen und Ordinationen, der er tagtäglich den seiner Anstalt anvertrauten Patienten gibt, ein- für allemale zu fixiren, und sie dadurch zum Gemeingute der kranken Menschheit zu machen. Die Eintheilung des Stoffes in 60 Grundregeln ist sehr originell, aber da das Buch eben für die Kranken selbst geschrieben ist, ganz praktisch und den Werth des Buches durchaus nicht herabsetzend. Dass diese 60 Grundregeln mitunter zu ganz stattlichen Capiteln herangewachsen sind, ist daraus ersichtlich, dass das Buch 120 Seiten in Grossoctav enthält. Der praktische Arzt kann aus dem Werkchen lernen, wie mannigfaltig die Erscheinungsweisen der Herzkrankheiten auftreten und vielseitig die moderne Therapie diesen Leiden gegenüber sein soll. Auch im Uebrigen dürfte selbst der erfahrenste Praktiker manch Neues, Interessantes, Verwendbares finden, und in diesem Sinne ist das Buch auch für das ärztliche Publicum geschrieben. *v. Buschman.*



99. ***Therapeutischer Almanach.*** *Von Dr.* ***G. Beck.*** *15. Jahrgang, 1888. II. Semester. 16. Jahrgang 1889. I. Semester. Bern, Schmid, Francke u. Co.*

Der folgende Almanach stellt sich die Aufgabe, die praktischen Aerzte zur Prüfung der neu auftretenden oder neuerdings empfohlenen Heilmittel und Heilmethoden anzuregen. Die Anordnung des Stoffes beruht auf pathologischer Grundlage. Jeder Krankheitsgruppe geht ein möglichst vollständiger Literaturnachweis über die medicinische und chirurgische Therapie derselben voraus, welchem die neuesten Recepte und Heilmethoden, sofern die Natur der letzteren ein knappes Except gestattet, angereiht sind. Dadurch, dass von nun an der Almanach in jedem Semester erscheint, ist der Arzt in der Lage, die therapeutischen Neuigkeiten des unmittelbar vorher abgelaufenen Semesters kennen zu lernen; aber selbst für medicinische Institute und Krankenhäuser ist die sorgfältige lexikographische Arbeit *Beck's* von grossem Vortheil, da sie in der Berichterstattung den grösseren Jahrbüchern zum Theil vorangeht, und sehr übersichtlich gehalten ist. —*r.*

100. ***Wintercurort und Seebad Abbazia.*** *Ein Führer durch die Küstengegenden und auf den Inseln des Quarnero. Von* ***Josef Rabl*** *unter Mitwirkung von* ***A. Silberhuber.*** *Mit einem hygienischen Beitrage von Professor Dr.* ***Julius Glax,*** *dirig. Arzt in Abbazia. Herausgegeben vom Oesterr. Touristen-Club. Mit 22 Illustrationen und einer Karte. Wien, Verlag des Oesterreichischen Touristen-Club, 1888.*

In wenigen Jahren hat sich Abbazia zu einem vielbesuchten und wegen seiner klimatischen und hygienischen Vorzüge allgemein anerkannten Wintercurort entwickelt. Der vorliegende Führer schildert die ebenso lieblichen als eigenthümlichen landschaftlichen Reize von Abbazia und seiner Umgebung von Seite der Meeres und des Landes. Die von Prof. *Glax* beigegebene Schilderung der klimatischen Verhältnisse Abbazias zeigen, dass die mittleren Wärmegrade desselben jenen der Riviera, namentlich aber jenen von Nizza und Cannes sehr nahe kommen. Es beträgt z. B. die mittlere Wintertemperatur in Arco 7·76° C., in Görz 8·13° C., in Abbazia 9·56° C., in Nizza 11·5° C., in Cannes 11·77° C. Abbazia besitzt die bekannten Eigenschaften des Küstenklimas: Gleichmässigkeit der Temperatur, hohen Barometerstand, ausreichende Luftventilation und, was namentlich für Brustkranke wichtig ist, der Feuchtigkeitsgehalt der Luft daselbst übersteigt jenen der Curorte an der Riviera bedeutend.

Für den praktischen Arzt sind namentlich die Erfahrungen von Interesse, welche Prof. *Glax* in Beziehung auf die Wirksamkeit des Aufenthaltes in Abbazia während des Herbstes und des Winters in Bezug auf bestimmte Krankheitsformen mittheilt. Bezüglich des Seebades in Abbazia macht er darauf aufmerksam, dass dieses zu einer Zeit gebraucht werden kann, wo die nördlichen Seebäder entweder noch nicht (April und Mai) oder nicht mehr (October und November) benützbar sind.



Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

101. ***Ueber die motorische Thätigkeit des menschlichen Magens.*** *Von Dr. Klemperer. Vortrag gehalten im Vereine für innere Medicin Berlin. 29. Oct. 1885. (Wiener med. Wochenschr. 1888. 51.)*

Während wir uns über die Säureabsonderung des Magens mit einer gewissen Leichtigkeit jederzeit unterrichten und nicht unwichtige Schlüsse daraus ziehen können, müssen wir uns mit Bezug auf die ungleich wichtigeren motorischen Verhältnisse desselben mit dem ganz allgemeinen Wissen begnügen, dass Störungen desselben nicht selten, ja bei tiefgehenden chemischen Anomalien sogar die Regel sind. Einen bemerkenswerthen Versuch, die dadurch gegebene Lücke auszufüllen, verdanken wir *Ewald*, welcher die Eigenschaft des Salols, im Magen unzersetzt und unresorbirt zu bleiben und erst im Darm in seine Componenten zu zerfallen, die alsbald resorbirt und in gewisser Zeit im Harn nachgewiesen werden, zu Schlüssen auf die motorische Kraft des Magens verwandt hat. Doch ist dieses Verfahren nicht immer zuverlässig. Könnte man feststellen, wieviel von einem bestimmten Nahrungsmittel in einer bestimmten Zeit den Magen verlassen hat, so hätte man den besten klinischen Maassstab für die motorische Thätigkeit desselben. Die flüssigen Fette unterliegen im Magen nur geringfügigen, dabei typischen Zersetzungen, werden gar nicht resorbirt, können mit leichter Mühe aus dem Magen gewonnen und mit einfachen technischen Hilfsmitteln so gereinigt werden, dass die zurückerhaltene Menge direct mit der eingegebenen verglichen werden kann. Diese Eigenschaft der flüssigen Fette, insbesondere des Olivenöls, veranlasste den Vortr., dasselbe als Mittel zu benutzen, den Magen auf seine motorische Thätigkeit zu prüfen. Durch die eingeführte Schlundsonde werden in den leeren oder reingespülten Magen 100 Grm. Olivenöl eingegossen. Nach zwei Stunden wird der Mageninhalt aspirirt. Darnach werden mehrere Male 200—300 Grm. Wasser eingegossen und wieder aspirirt, bis das Wasser klar und ohne Oelbeimischung zurückkehrt. Die gesammten aspirirten Flüssigkeiten werden vereinigt, im Scheidetrichter nach dem Absetzen vom klaren Wasser getrennt, das zurückbleibende schleim- und wassergetrübte Oel mit Aether aufgenommen, der Aether in vorher gewogenen Kolben verjagt und das wieder reine Oel gewogen. Man erfährt so die Menge des Oels, welche der Magen in zwei Stunden in den Darm übergeführt hat und hat damit einen gut verwerthbaren Zahlenausdruck für die motorische Kraft des Magens.

Nach vorausgehenden Versuchen an Hunden, die ergaben, dass die Fehlergrenzen des Verfahrens nur unwesentliche sind, verwandte Vortr. dasselbe, um in verschiedenen Krankheitszuständen die motorische Kraft des Magens festzustellen, um dadurch für den einzelnen Fall die Untersuchung überflüssig zu machen und doch aus dem Gesammtbilde der anderen Zeichen einen sicheren Schluss auf die motorische Kraft und damit eine gewisse therapeutische Direction zu ermöglichen. An Gesunden wurde festgestellt, dass die Normalzahl der Oelentleerung nach zwei Stunden 70—80 Grm. beträgt. In Fällen von motorischer Schwäche sinkt diese Zahl ganz beträchtlich. In 13 Fällen von chronischen Magencatarrhen wurden nur 23—44 Grm. Oel in zwei Stunden vom Magen bewältigt. Durch eine theils exspectative Behandlung, theils durch Verabreichung von HCl und $NaCl$ wurde in allen Fällen Hebung der motorischen Function erreicht. Daran schliessen sich Fälle von Magen-



neurosen, und zwar zwei Reflexdyspepsien bei Bandwurmkrankheit, die nach Abtreibung der Taenie verschwunden waren; drei Fälle von erstmaliger Bleicolik, die sich bis zu der Attaque besten Appetits erfreut hatten und nach dem Vorübergehen der Colik einen ganz gesunden Magen darboten; zwei Fälle neurasthenischer Dyspepsie. In allen diesen Fällen war während der Periode der Appetitlosigkeit und Dyspepsie die motorische Kraft bedeutend geschwächt. Es handelte sich um Oelmengen von 21 bis 51 Grm., die nach zwei Stunden bewältigt waren. Fälle von Ulcus wurden diesem Verfahren nicht unterzogen, über Fälle von Dilatation in Zusammenhang mit Hyperacidität und Hypersecretion wird Vortr. an anderer Stelle berichten. Von Carcinom wurden fünf Fälle untersucht. Bei zweien war die motorische Function fast Null. Die Section ergab fast vollkommenen Verschluss des Pylorus durch die Neubildung. Bei zweien, die ebenfalls durch die Section bestätigt wurden, deckten sich Beschwerden und chemische Erscheinungen mit den Symptomen chemisch-catarrhalischer Affection. Bei beiden war die motorische Function sehr geschwächt; die bewältigten Oelmengen betrugen 31—41 Grm. Der fünfte Fall betrifft ein noch in Behandlung befindliches Carcinom der Cardia. Als Pat. eintrat, konnte er wenig und mit Beschwerden schlucken. Es gelang nach einiger Zeit, die Sonde einzuführen, die Ausspülung ergab Fehlen der Salzsäurereaction. Nur 23 Grm. Oel wurden bewältigt. Pat. wurde und wird noch mit der Dauercanüle behandelt. Sein Magen bewältigte bei der letzten Untersuchung 53 Grm. Oel. Aus seinen Beobachtungen zieht Vortr. folgende Schlusssätze: Die Steigerung und der Höhepunkt der dyspeptischen Beschwerden bei chronischem Catarrh wird durch motorische Schwäche bedingt. Die Besserung ist abhängig von der zunehmenden motorischen Kraft. Reflexneurosen und gewisse neurasthenische Dyspepsien zeigen verringerte motorische Kraft. Carcinome beeinflussen die motorische Kraft meist durch die secundären anatomischen Processe.

Kleine Mittheilungen.

102. ***Bei Eczema palpebrarum*** empfiehlt *Lailler* folgendes Mittel: Acid. acet. glacial. 2 Theile, Glycerin 50, Aqu. Laurocer. 200. Einmal täglich mit einer weichen Bürste sorgfältig aufzustreichen. (Riforma medica. 1888. 22. März. — Deutsche med. Wochenschr. 1888. December.)

103. ***Bei diphtheritischer Pharyngitis*** empfiehlt *Roulin* stündliche Ausspritzungen des Rachens mit carbolsaurem Natron, 3 Esslöffel auf 1 Liter Wasser. Wenn Carbolharn auftritt, muss das Mittel ausgesetzt werden. *Roulin* will 82 Fälle ohne Verlust in dieser Weise geheilt haben. (Journ. de méd. de Paris. 1888. — Deutsche med. Wochenschr. 1888. December.)

104. ***Prophylacticum gegen Cholera.*** *Ivert* (Paris) empfiehlt auf Grund seiner in Tonking gesammelten Erfahrungen bei Diarrhoe, chronischer Dysenterie Folgendes:

Rp. *Liquor. van Swieten 10·0—15·0*
Rhum. optim. 30·0—40·0
Opii pur. gutt. XX.
Aq. dest. 70·0.
D. S. Esslöffelweise in einem Tage zu nehmen. —*sch.*

105. ***Ueber die Wirkung der Fluorwasserstoffsäure auf den Tuberkelbacillus*** äusserte sich Prof. *Jaccoud* in der Sitzung



der Acad. de Médecine Paris vom 30. October 1888, dass nach seinen Versuchen gegenüber den Angaben von *Herard* jene zur Einathmung empfohlene Säure die Lebensfähigkeit des Tuberkelbacillus nicht im mindesten beeinflusst. *Grancher* und *Chautard* haben 4 Stunden lang die Gase der concentrirten Fluorwasserstoffsäure auf die Culturen des Tuberkelbacillus einwirken lassen und dennoch gingen alle mit diesen Culturen geimpften Thiere an Tuberculose zu Grunde.

106. ***Gegen Lungenschwindsucht*** empfiehlt *C. B. Witherle.* (Med. Rec. 1888. 7. Januar) Calcium sulfurosum zu 0·03 zweistündlich in Pillen. Schon früher empfahl *F. Battesti* Natrium sulfurosum 1 : 500 Aq., 2 Löffel täglich = 0·02 schwefligsaures Natron. Um die schweflige Säure im Magen frei zu machen, lässt er darauf einen Säuerling trinken.

107. ***Gegen Blutungen in der Nachgeburtsperiode*** empfiehlt *Gill* (The Lancet. 1888. Vol. II. 18. — Therap. Monatsh. 1888. 12) statt der oft unausführbaren Transfusionen Rectalinjectionen einer lauwarmen Kochsalzlösung. Die Injectionen werden schnell absorbirt und die Patientinnen erholen sich, wie der mitgetheilte Fall lehrt, ziemlich rasch. Es soll auf einmal nicht über 60—90 Gramm injicirt werden und Injectionen von 2—15 Minuten wiederholt werden.

108. ***Carcinoma arsenicosum.*** *Von Hutchinson. (Lancet. 1887. — Wiener med. Wochenschr. 1888. 51.)*

Hutchinson theilte der Pathological Society in London Fälle mit, die dafür zu sprechen scheinen, dass Epitheliome durch lange fortgesetzten Arsengebrauch entstehen können. Es treten zunächst Rauhigkeit der Haut, dann zahlreiche kleine Knötchen auf, vorwiegend an Handteller und Fusssohle. An diese schliesst sich aus den Knötchen hervorgehende Geschwürsbildung an. Die Geschwüre zeigten krebsige Beschaffenheit, waren nicht immer auf Handteller und Fusssohle beschränkt.

109. ***Die Behandlung der Tonsillitis mit Natrium salicylicum.*** *Von A. Hillaby. (Practit. 1888. — Therap. Monatsh. 12.)*

Nach Darreichung eines Abführmittels aus Inf. Sennae comp. wird Patient auf Milchdiät gesetzt und erhält Natrium salicylicum in Dosen von 0·6—0·9 mehrmals täglich. Unter dieser Behandlung sollen das Fieber und die Entzündungserscheinungen im Halse schnell nachlassen, die Hautthätigkeit angeregt und die Bildung von Tonsillar-Abscessen verhindert werden. Wenn die Entzündungserscheinungen nachlassen, soll die Dosis des Natrium salicylicum verringert, das Mittel aber noch in kleinen Gaben während einiger Tage weiter gegeben werden, nachdem alle Symptome im Halse geschwunden sind.

Am 7. u. 8. December 1888 fand in Breslau der XVII. schlesische Bädertag statt, dem die Curorte Alt-Haide, Charlottenbrunn, Cudowa, Flinsberg, Goczalkowitz, Görbersdorf, Königsdorf, Jastrzemb, Landeck, Langenau, Muskau, Reinerz, Salzbrunn und Warmbrunn angehören. Aus der sehr reichhaltigen zur Erledigung gelangten Tagesordnung, welche 18 Vorlagen umfasste, heben wir folgende Themata von grösserer Bedeutung hervor: 1. Antrag auf Gründung einer schlesischen Bäderzeitung. 2. Bieten die Brunnenorte eine Garantie für frische Brunnenfüllung und wie ist diese zu erreichen? 3. Die Gewerbesteuerpflicht der Zimmer-Vermiether in Brunnen- und Badeorten. 4. Ueber die Verschiedenheit der meteorologischen Messungen im Gebirgscurorte, bedingt durch locale Gebirgsformationen. 5. Ueber Wetterbeobachtungen im Dienste der Heilkunde. 6. Desinfectionsordnung. 7. Das Gesetz vom 11. Juni 1870 und die Genfer Convention vom 9. September 1887 den Schutz des geistigen Eigenthums betreffend. 8. Bericht des schlesischen Bädertages über die Art der Durchführung der Regierungs-Verordnung vom 26. Januar 1885, bau- und sanitätspolizeiliche Vorschriften für die schlesischen Badeorte betreffend.

Die Verhandlungen werden vom Vorsitzenden bearbeitet und künftiges Frühjahr im Druck erscheinen.



Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Abbazia. Wintercurort und Seebad. Ein Führer durch die Küstengegenden und auf den Inseln des Quarnero. Von Josef Rabl unter Mitwirkung von *A. Silberhuber*. Mit einem hygienischen Beitrage von Prof. Dr. *J. Glax*, dirig. Arzt in Abbazia. Herausgegeben vom österr. Touristen-Club. Mit 22 Illustrationen und einer Karte. Wien. Verlag des österr. Touristen-Club. 1888.

Bardenheuer, Prof. Dr., Die permanente Extensionsbehandlung. Die subcutanen und complicirten Fracturen und Luxationen der Extremitäten und ihre Folgen. Mit 216 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1889.

Beck, Dr. G., Therapeutischer Almanach. 16. Jahrgang. II. Semester 1888. I. Semester 1889. Bernh. Schmid, Franke & Co., vormals J. Dalp'sche Buchhandlung, 1889.

Kayser, Dr. Otto (aus Harburg). Ein Beitrag zur Alkoholfrage. Inaugural-Dissertation. Kiel. Druck von Schmidt & Klaunig. 1888.

Lassar, Dr. Oscar, Die Cultur-Aufgabe der Volksbäder. Rede, gehalten am 18. September 1888 in der 1. allgemeinen Sitzung der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Cöln. Gedruckt zum Besten des Berliner Vereines für Volksbäder. Preis 30 Pfennige. Berlin 1889. Verlag von August Hirschwald.

Lütkemüller, Dr. Johann. Heinrich von Bamberger. Gedenkrede, gehalten in der Vollversammlung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums am 17. December 1888. Wien, Verlag des Wiener Med. Doctor-Collegiums, 1888.

Rosenbach, Prof. Dr., in Göttingen. Der Hospitalbrand. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1888. (Deutsche Chirurgie; herausgegeben von Prof. Dr. *Billroth* und Prof. Dr. *Luecke*. Lieferung 6.)

Seidel, Dr. med. A. in Berlin. Ueber den gegenwärtigen Stand der Trippertherapie. Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Correspondenz der Administration.

Dr. H., k. k. Regimentsarzt in Theresienstadt; Hofrath Dr. K. in Bremen; Dr. K. in Leitomischl: Bestätigen auf ausdrückliches Verlangen den Empfang des Abonnementsbetrages.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

111. ***Untersuchungen über den Durchtritt von Infectionserregern durch die intacte Lungenoberfläche.*** *Von* ***H. Buchner.*** *(Archiv für Hygiene. Bd. VIII, Heft 2 u. 3, pag. 145—245.)*

Die Frage nach der Möglichkeit des Durchtrittes von pathogenen Mikroorganismen durch die intacte Lungenfläche ist von Seite *Buchner's* seit längerer Zeit in Angriff genommen worden. Die vorliegende Arbeit — deren einzelne Capitel im Vereine mit *F. Merkel* und *L. Enderlen* beobachtet wurden — liefert einen schätzbaren Beitrag zur Kenntniss der Lungenpathologie. Autor suchte die Verhältnisse möglichst natürlich zu gestalten und liess zu dem Zwecke die Versuchsthiere in einem extra dazu construirten Apparate Milzbrandsporen, die in gut stäubenden Pulversorten, wie Holzkohle und Sporen des Riesenpulverschwammes (Lycoperdon giganteum) ausgetrocknet waren, aufgewirbelt einathmen; in zweiter Reihe der Versuche zertheilte er die Infectionserreger in einen sehr feinen Spray in der eingeathmeten Luft. — Bei der Einathmung der eingetrockneten Milzbrandsporen erlagen unter 66 Versuchsthieren 50 dem Milzbrande, 9 der Pneumonie und 7 blieben gesund, wogegen bei Fütterung mit gleicher Sporenmenge von 33 Versuchsthieren nur 4 an Milzbrand starben. — Um sich von der Lungeninfection zu überzeugen, wurden die Thiere in verschiedenen Zeiträumen getödtet und Lunge wie Milz durch Plattenculturen an Milzbrandbacterien untersucht, deren Resultate entschieden für eine primäre Lungeninfection sprechen. Die mikroskopische Untersuchung des Lungengewebes bei Mäusen, bei welchen durch Plattenculturen an Lungenstückchen Milzbrand nachgewiesen wurde und bei denen die Milz in jener Zeit keine Bacillen enthielt, ergab stellenweise Ansammlung von Bacillen auf der Alveolarwand, die auch in verschiedenen Schichten derselben staken, ohne dass in den Capillaren irgend welche Bacillen vorgefunden wurden. Bei Thieren, die längere Zeit nach beendeter Inhalation getödtet wurden, fanden sich dieselben in Capillaren. Um sich zu überzeugen, ob pathogene Mikroorganismen, im nassen Zustande zerstäubt, ebenfalls eine Infection von Lungen aus bewirken können, zerstäubten *Buchner* und *Enderlen* mittelst eines eigens dazu construirten Apparates Milzbrandsporen und Milzbrandbacillen, wie auch Bacillen der Kaninchensepticämie, Hühnercholera, Schweinerothlauf etc. Während die Inhalation der nasszerstäubten

Milzbrandsporen zu gleichen Resultaten wie die Inhalation der eingetrockneten Sporen führte und neben einer enormen Gefährlichkeit der Inhalation gegenüber der Fütterung oder subcutanen Injection bestätigend einen directen Beweis vom Zustandekommen einer Infection auf den Athemwegen lieferte, zeigten die Lungen der nach der Inhalation zerstäubten Milzbrandbacillen gestorbenen Thiere serofibrinöse hämorrhagische Pneumonie mit massenhafter Ansammlung von Milzbrandbacillen im Innern der Lungenalveolen im Exsudate, was bei Inhalation der Sporen nie beobachtet wurde. Der Inhalation der Milzbrandbacillen erlagen die Thiere früher als der Inhalation der Sporen; der Inhalation der Hühnercholerabacillen erlagen die Versuchsthiere unter Bildung von Pneumonieherden. Der Tod erfolgte reicher und sicherer als bei Fütterung mit denselben Mengen. — Fast gleiche Resultate gab das Einathmen der Septicämiebacillen und Schweinerothlauf. — Wegen vieler hoch interessanter Einzelheiten muss an's Original verwiesen werden.

Aus *Buchner's* Versuchen ergibt sich, dass bei Einathmung von pathogenen Mikroorganismen, die zugleich Blutparasiten sind, nach Ansammlung in den Lungenalveolen ein directer Durchtritt in die Capillaren stattfindet, da das Zeitintervall zwischen dem Vorhandensein kleiner noch extracapillaren Herde bis zur intracapillaren Ansammlung der Bacillen zu gering ist, um einen indirecten Weg, eine Verschleppung der Mikroorganismen auf dem Lymphwege in's Blut vorzunehmen. Das Durchdringen beruht nicht etwa auf einem Durchbohren der Wände, sondern auf Passiren der Lücken, welche in der Alveolar- und Capillarwand unter dem Einflusse krankhafter entzündlicher Reize entstehen und durch die sonst die weissen Blutkörperchen hindurchwandern.

Karlinski.

112. ***Pemphigus acutus seu febrilis.*** *Von* ***Charles W. Allen.*** *(Journal of cutan. and genito-urin. Diseases. April 1888.)*

Unsere Kenntniss von den unter dem Namen „Pemphigus“ zusammengefassten Krankheitsbildern ist noch eine so geringe, dass wir casuistische Beiträge, auch wenn sie neue Gesichtspunkte nicht ergeben, mit Freude begrüssen können. Besonders die Existenz des Pemphigus acutus, dessen Vorkommen bei Erwachsenen *Hebra* bekanntlich bestritten hatte, ist noch immer für manche Autoren eine offene Frage, so dass jeder Fall, der ohne Zwang in ein anderes Krankheitsbild nicht einzureihen ist, publicirenswerth erscheint. Der Patient *Allen's* erkrankte unter den Erscheinungen einer acuten Infectionskrankheit, der heftiges Jucken voranging; nach 2—3 Tagen entstehen zuerst kleine Blasen an Brust, Kopf und Armen; dem Eruptionsstadium folgte ein Höhenstadium von 9—10 Tagen, innerhalb dessen ungefähr jeden zweiten Tag Schübe von neuen Blasen entstanden; dieselben erhoben sich aus scheinbar normaler Haut und waren von wechselnder Grösse und ganz unregelmässiger Localisation, das letzte Stadium — das der „Decrustation“ — dauerte wiederum etwa 14 Tage, so dass die ganze Krankheit einen Monat in Anspruch nahm. Therapeutisch wurde Vieles versucht, nichts mit einem besonders auffälligen Erfolge. Der Fieberverlauf ist ein unregelmässiger, das Allgemeinbefinden hochgradig gestört; *Allen* ist

geneigt, die seltenen Fälle von Pemphigus acutus bei Erwachsenen mit dem Pemphigus neonatorum für identisch zu halten.

Der zweite anhangsweise berichtete Fall von Pemphigus chronicus bietet gar keine Besonderheiten.

Jadassohn, Breslau.

113. ***Ueber tuberculöse Infection mittelst der Zeugungs-Organe.*** *Von* ***Dr. Moore.*** *(The Pacific Record. 1888.) — Allg. Medic. Central-Zeitung. 1888. 102.*

Seitdem der Nachweis für die infectiöse Natur der Tuberculose erbracht worden, hat man in einigen Fällen (*Cohnheim, Hegar, Späth*) die nicht seltene Thatsache klinisch und anatomisch verfolgen können, dass, wenn einer der Ehegenossen tuberculös ist, auch der andere dieselbe verderbliche Affection acquirirt. Verf. berichtet nun über vier genau beobachtete Fälle, in welchen gleichfalls die Cohabitation, und zwar durch Tuberculose der Geschlechtsorgane, erfolgte. In dem ersten Falle heiratete ein Mann, der an einer tuberculösen Epididymitis litt, eine notorisch gesunde Frau, die nach 6jähriger Ehe an tuberculösen Geschwüren des Collum uteri und bald darauf an Lungentuberculose erkrankte. Im Sputum sowohl, wie in dem vom Uterus abgesonderten Secret wurden Tuberkelbacillen gefunden. — In dem zweiten Falle abortirte ein bis dahin blühendes 18jähriges Mädchen im zweiten Schwangerschaftsmonate. Seitdem behielt sie Fluor albus, weswegen die Patientin einen Arzt consultirte. Derselbe fand eine Ulceration an der Portio vaginalis. Eine bacteriologische Untersuchung des Fluor ergab massenhafte Tuberkelbacillen. Eine Inquirirung der Patientin bezüglich des Geliebten ergab dann auch Verdachtsmomente, die auf Tuberculose schliessen liessen, und die darauf vorgenommene Untersuchung des 28jährigen Mannes bestätigte vollkommen der Verdacht: er litt an tuberculöser Epididymitis und doppelseitiger Lungenphthise. — Ganz analog verliefen die beiden anderen beobachteten Fälle. Alle diese Thatsachen gewinnen an Bedeutung, wenn man erwägt, dass nach den von *Reclus* angestellten Untersuchungen, mit denen die von *Julien* und *Landouzy* gemachten Ermittelungen übereinstimmen, etwa 2 Percent aller tuberculösen Individuen an Genitaltuberculose leiden. Auf Grund dessen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: Alle von Tuberculösen angewandten und bei ihnen benutzten Gegenstände müssen jederzeit auf's Sorgfältigste desinficirt werden. — Ehen zwischen Phthisikern sind auf's Strengste zu untersagen. — Erkrankt einer der Ehegatten während der Ehe an primärer Genitaltuberculose, so ist ein weiterer geschlechtlicher Verkehr auf's Bestimmteste zu untersagen. — Eine sehr wichtige Aufgabe bezüglich der zweckmässigen Anordnung derartiger Präventivmassregeln und wirksamer Durchführung derselben fällt hierbei den Hausärzten zu.

114. ***Ueber die Entstehung der Entzündung und über die Wirkung der entzündungserregenden Schädlichkeiten.*** ***Von Leber.*** *(Fortschritte der Medicin. 1888. 12. — Centralbl. f. Chir. 1888. 51.)*

Die vom Verf. schon 1879 ausgeführte Untersuchung der mycotischen Keratitis (Aspergillus-Keratitis) ergab schon, dass



die Aspergilluswucherungen in der Cornea eine entzündungserregende Eigenschaft auch noch für entferntere, nicht direct von dem Pilz berührte Zonen des Gewebes habe; und Verf. gelangte zu dem Schluss, dass diese entzündliche **Fernwirkung** durch gelöste, in die Nachbarschaft diffundirende, entzündungserregende Stoffwechselproducte der Pilzvegetation bedingt sei. Im weiteren Verlaufe der Untersuchungen gelang es *Leber* ferner nachzuweisen, dass auch bei der Eiterung durch Staphylococcen ein chemischer Körper die eitererregenden Eigenschaften vermitteln müsse, da im strömenden Dampf sterilisirte Staphylococcenaufschwemmung noch eitrige Entzündung bewirke. Durch fortgesetzte Versuche, die entzündungserregende Substanz zu isoliren, gelang es *Leber*, einen krystallisirten Körper darzustellen, welcher intensive necrose und entzündungserregende Eigenschaft besitzt. Er nennt ihn vorläufig **Phlogosin**. Der Körper enthält kein N, ist in Alkohol und Aether leicht, im Wasser schwer löslich, krystallisirt in Aggregaten feiner Nadeln und lässt sich ohne sichtbaren Rückstand sublimiren. Auf der intacten Cornea bewirkte das „Phlogosin" in kleinen Mengen schon nach $^1/_2$ Stunde entzündliche Schwellung, welcher dann nach einigen Stunden eitrige Keratitis folgte. Ganz neue Gesichtspunkte ergeben *Leber's* Mittheilungen über die reactiven Entzündungsvorgänge des Organismus. Er ist nicht der Ansicht, dass die am Ort der Schädigung erscheinenden Leucocythen hier regellos aus den Gefässen abgesetzt werden, sondern nimmt an, dass sie einem „Zug" nach dem Ort der Reizung folgen, und dass sie, hier angekommen, einer Lähmung unterliegen. *Leber* brachte enge Glasröhrchen in die vordere Augenkammer, in deren geschlossenem Ende sich etwas entzündungserregende Substanz befand. Diese Röhrchen füllten sich — selbst gegen das Gesetz der Schwere — mit Eiter, während das Auge ohne Eiterung blieb. Mehrfache Substanzen, selbst wenig differente Stoffe, hatten diese Wirkung. Das *Cohnheim*'sche Experiment — Einbringen von Zinnober in den Rückenlymphsack von Fröschen, Reizung der Cornea, wonach die hier sich bildende eitrige Zone vom „gefressenen" Zinnober roth erschien — bewies, dass die zellige Infiltration in der That durch Leucocythen gebildet wurde. In sehr sinnreicher Weise verwerthet *Leber* zur Erklärung des „Zuges" der Zellen zu dem Entzündungscentrum Erscheinungen aus der botanischen Biologie, besonders die von *Pfeffer* und *Engelmann* über die Attractionswirkungen gewisser chemischer Substanzen („chemotactische Wirkungen") auf pflanzliche Zellen veröffentlichten Beobachtungen. Nach diesen giebt es einen verbreiteten fundamentalen Vorgang, nach welchem selbst in minimalen Mengen gewisse chemische Körper, besonders z. B. Sauerstoff, eine Attraction auf Pflanzenzellen, auch auf Bacterien ausüben. Verf. glaubt, dass dieses Attractionsgesetz nicht nur die Wanderung der Leucocythen im Gewebe zu dem Entzündungsherde, sondern auch den Auswanderungsprocess selbst, ja später die Neubildung von Gefässen nach dem Ort der Entzündung hin beeinflusse, resp. beherrsche. Dass in dem Vorgang der zelligen Ansammlung am Entzündungshof wesentliche Waffen des Organismus zur Elimination schädigender äusserer Einwirkungen liegen, ist eine schon seit langer Zeit anerkannte Lehre. *Leber* weist ferner auf eine andere

Eigenschaft der Leucocythen hin, welche er die „histolytische“ nennt. Er versteht darunter eine Verdauungswirkung der Leucocythen (entsprechend der Phagocythosenlehre), durch welche sie das von dem schädigenden Agens befallene und getödtete Gewebe z. Th. selbst verflüssigen und von dem noch lebenden ablösen. Es kommen somit bei der entzündlichen, zur Abwehr äusserer Schädlichkeiten eintretenden Reaction lebender Gewebe wesentlich vitale, und zwar einmal jene „chemotactischen“, ferner aber die „histolytischen“ Eigenschaften der Leucocythen in Frage.

115. ***Ein Fall von Erkrankung durch Blitzschlag.*** *Von Prof.* **C. Gerhardt.** *(Charité-Annalen. XIII. Jahrgang.)*

Wenige Stunden nach dem Unfall kommt Patient bei Bewusstsein, aber völlig ohne Erinnerung an den Vorgang, in Behandlung. Der Weg des Blitzstrahles, genau gezeichnet durch die Verbrennung der Haare und die charakteristischen baumförmigen Figuren, vor Allem an der oberen Hälfte des Rumpfes, ist derjenige, welchen *Stricker* bereits früher nach einer Zusammenstellung einer grösseren Anzahl von Fällen angegeben hat. Von besonderem Interesse war in diesem Falle die Gelbsucht, und zwar eine echte, hämatogene, wahrscheinlich bedingt durch Veränderung des Blutfarbstoffes durch den elektrischen Strom und die Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für den faradischen und galvanischen Strom.

Meyer, Berlin.

116. ***Ueber einen Fall von syphilitischer Erkrankung des centralen Nervensystems, welche vorübergehend das klinische Bild der Tabes dorsalis vortäuscht.*** *Von Doc. Dr.* **H. Oppenheim.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1888. 53.)*

In dem vom Verfasser geschilderten Fall trat nach der Inunctionscur Besserung ein. Da Patientin an Carcinoma uteri starb, konnte die Section vorgenommen werden, es wurde Pachymeningitis interna chron. und Arachnitis gummosa, ferner Endarteritis und Periarteritis chronica, Atrophie des rechten Solitärbündels und Aehnliches gefunden. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Ein der Tabes sehr verwandtes Symptomenbild kann durch eine syphilitische Affection des centralen Nervensystems bedingt werden. 2. Ist bei einer als Tabes imponirenden Erkrankung eine antisyphilitische Cur von auffälligem Erfolge, so ist der Verdacht begründet, dass nicht Tabes, sondern eine echt syphilitische Affection vorliegt, eine Pseudotabes syphilitica. 3. Ist in einem Falle, der zur Zeit das klinische Bild der Tabes bietet, syphilitische Infection zweifellos, so ist eine Mercurialcur berechtigt und indicirt, falls ungewöhnliche Erscheinungen oder ein atypischer Verlauf die Möglichkeit zulassen, dass eine syphilitische Erkrankung vorliegt. — Dieser Satz ist nicht so selbstverständlich, wie er erscheinen mag, da nach den Erfahrungen vieler Autoren und so auch nach den unserigen die Quecksilberbehandlung der gewöhnlichen Tabes dorsalis nicht allein keine Besserung schafft, sondern eher verschlimmernd wirkt. 4. Eine syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems, resp. seiner Hüllen kann mit Veränderungen in den Kernen der Hirnnerven einhergehen, die an sich nicht specifischer Natur sind

und grosse Uebereinstimmung, wenn nicht völlige Identität zeigen mit den bei Tabes als Grundlage entsprechender Symptome gefundenen. Das Vorkommen einer durch Syphilis bedingten Nucleärlähmung, das ja durch *Hutchinson* u. A. wahrscheinlich gemacht worden war, wird durch die Beobachtung *Oppenheimer's* in nahezu überzeugender Weise demonstrirt. Die Diagnose Tabes ist in atypischen Fällen mit Reserve zu stellen, eine längere Beobachtung wird aber wohl meistens eine sichere diagnostische Entscheidung treffen lassen. *—r.*

117. ***Urethral irritation in the male as a source of disease.*** *Von Dr.* ***Le Grand N. Denslow.*** *(The Med. Record. 6. Oct. 1888.)*

Verfasser lenkt in seiner Arbeit die Aufmerksamkeit auf die bisher noch nicht genügend beachteten Beziehungen, welche zwischen den Affectionen der männlichen Harnröhre und mannigfachen anderen Erkrankungen des Körpers bestehen. Nicht allein dass oft nach Beseitigung einer Strictur, einer Phimose, nach zweckmässiger Behandlung einer Varicocele eine grosse Reihe von nervösen Beschwerden wie mit einem Schlage schwinden, findet man oft nach Behandlung einer Urethralaffection einen vortrefflichen Einfluss auf Krankheiten, die man vorher erfolglos lange Zeit behandelte, weil man ihren Zusammenhang mit der Harnröhrenaffection nicht vermuthete oder, wenn man ihn vermuthete, nicht verwerthete. Verf. gibt in seinem Aufsatz eine genaue Classification derjenigen Krankheiten, bei denen ein solcher Zusammenhang unzweifelhaft beobachtet und in der Therapie erfolgreich verwerthet ist. Zu der ersten Gruppe rechnet er cerebrale Affectionen, wie Melancholie, Depressionszustände, Anthrophobie, Epilepsie u. A., zu der zweiten spinale, z. B. Paresen, Formicationen und Neuralgien, zu den dritten cerebrospinale, wie Dyspnoe, schweissige Hände und Füsse (!), allgemeine Alopecie, zu der vierten sympathische, z. B. Acne (?), Congestionen der Conjunctiva, zu der fünften Digestionszustände, wie Dyspepsie und als Folge derselben Anämie, zu der letzten Gruppe schliesslich zählt Verf. Affectionen des Tractus uro-genitalis selbst, wie Impotenz, Prostatorrhoe, Spasmen der Urethra, Cystitis, Leiden, welche oft durch Beseitigung des originären Harnröhrenleidens ihr Ende finden. Er räth daher bei allen Affectionen, deren ätiologisches Moment räthselhaft ist, die Harnröhre genau zu untersuchen und etwaige pathologische Zustände derselben zu beseitigen. *Ledermann.*

118. ***Heilfieber und das heisse Luftbad, ein Vergleich.*** *Von Dr.* ***M. Altdorfer.*** *(Deutsche Med. Ztg. 1888. 76, 77. — Schmidt's Jahrbücher. 1888. 12.)*

Verf. geht in seiner Arbeit von der Frage aus: worauf beruht die günstige Wirkung, welche das Fieber zweifellos auf jede Infectionskrankheit ausübt? Die Schädigung der Mikroorganismen durch die erhöhte Temperatur kann nicht das Wesentliche sein, augenscheinlich liegt die Hauptsache in einer Schädigung, schnelleren Zerstörung und Ausscheidung der von den Mikroorganismen gebildeten Ptomaine. Die Beschleunigung des Gaswechsels, die Vermehrung der Sauerstoffaufnahme, die Anregung des Kreislaufes, das sind die hauptsächlichsten Umstände,



die diesem wohlthätigen Zwecke dienen. *Altdorfer* folgert nun weiter, wenn das Fieber in dieser Weise günstig wirkt, so müssen wir bei denjenigen (chronischen) Infectionskrankheiten, die gemeinhin ohne Fieber verlaufen, künstlich Verhältnisse schaffen, die denen beim Fieber gleich sind und dazu dient in vorzüglichster Weise das heisse Luftbad (römisch-irische Bad). Wie vollkommen Fieber und Luftbad in ihren Wirkungen einander gleichen, ergibt folgende Tabelle:

	im Fieber (nach *Liebermeister*)	im heissen Luftbad (nach *Frei* und *Helligenthal*)
Temperatur	erhöht	erhöht
Puls-Frequenz	gesteigert	gesteigert
Respirations-Frequenz	vermehrt	etwas vermehrt
Urinmenge	andauernd vermindert	an den Badetagen vermindert (nachher vermehrt)
Harnstoff- und Harnsäure-Ausscheidung	vermehrt	vermehrt auf mehrere Tage hin
Sulphate und Phosphate	zuweilen vermehrt	vermehrt
Dazu kommt also:		
O-Aufnahme und CO_2-Ausscheidung	*beträchtlich vermehrt*	*beträchtlich vermehrt*

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

119. ***Ueber die Anwendung des Calomel als Diureticum.*** *Von Dr.* ***Paul Sniers,*** *aus der Klinik des Prof.* ***Masius*** *in Lüttich. (Annal. de la Soc. méd.-chirurg. de Liège. 1888.)*

Nachdem Verf. den Inhalt der bisherigen Publicationen über die obgenannte Wirkung des Calomels in Kürze resumirt, berichtet er über die mit Calomel auf der Klinik des Prof. *Masius* bei Behandlung von Hydropsien cardialen und renalen Ursprungs erzielten Erfolge. Es wurden 60 Centigramm Calomel pro dosi in dreimaligen Gaben von je 20 Centigramm Morgens, Mittags und Abends verabfolgt. In den Fällen, wo das Mittel Diarrhoen verursachte, wurde jedem Pulver 1 Centigramm Extr. thebaicum zugesetzt. Der erste Effect des Calomels ist häufig eine Verminderung der Urinmenge, erst den 3. oder 4. Tag der Medication tritt eine Vermehrung der Urinmenge selbst bis auf 4—5 Liter täglich auf. Dabei ist es wichtig, die Entstehung einer mercuriellen Stomatitis zu vermeiden. In einem Falle mit *Bright*'scher Niere entwickelte sich eine solche schon am 2. Tage und führte zu einer Stomatitis gangraenosa. Bei diesem Kranken wirkte das Mittel auch nicht diuretisch. Verf. gelangt nach Mittheilung seiner Beobachtungen zum Schlusse, dass die Wirkung des Calomels bei Wassersucht in Folge von Herzkrankheiten eine



ziemlich sichere ist, dass hingegen das Mittel bei Wassersuchten auf renaler Basis unwirksam ist und nicht angewendet werden soll, denn die Störung der Nierenfunction trägt zur Entwicklung der mercuriellen Intoxicationen bei. *—sch.*

120. ***Die hypodermatischen Chinininjectionen.*** Von ***de Beurmann*** und ***Villejean***. *(Bull. de Thér. LVII. 10 u. 12. 1888. — Schmidt's Jahrb. Nr. 11. 1888.)*

Verf. gelangen auf Grund ihrer Versuche zu folgenden Schlüssen: Das neutrale salzsaure Chinin, das sogenannte Bichlorhydrat des Chinin (C_{40} H_{24} N_2 O_4, 2 H Cl) ist das einzige Chininsalz, welches man zu subcutanen Einspritzungen verwenden sollte; es ist das dasselbe Bichlorhydrat, welches die alten Schriftsteller wegen seiner Reaction auf Lackmuspapier als saures, salzsaures Chinin aufführen. Das neutrale salzsaure Chinin löst sich zu 2 Dritteln seines Gewichtes in Wasser. man kann daher leicht Lösungen herstellen, welche 75 Centigramm auf 1 Ccm. Flüssigkeit enthalten. Diese Lösungen halten sich ohne merkliche Veränderung und sind sehr leicht zu handhaben. In die Gewebe mit der *Pravaz*'schen Spritze eingespritzt, bewirken sie unbedeutenden Schmerz und weder örtliche, noch allgemeine Unfälle. Beim Mangel des neutralen salzsauren Chinin kann man sich des in den Apotheken vorräthigen basisch salzsauren bedienen und um die beschriebene Lösung zu erhalten, gleiche Theile des basischen Salzes mit reiner Salzsäure vom sp. G. 1·045 mischen. Die so erhaltene Flüssigkeit enthält 75 Centigramm salzsaures Chinin auf 1 Ccm.

121. ***Ueber die Behandlung von Magenleiden mit Chloroformwasserausspülungen.*** *Von* ***De Tullio***. *Neapel. (Giorn. intern. delle scienze med. 1887. Fasc. 12. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 1.)*

De Tullio berichtet über 7 Fälle von schwerem Magenleiden mit Gastralgie, theilweise mit Herzpalpitationen oder schweren nervösen und selbst psychischen Symptomen (Convulsionen, Melancholie, Hypochondrie, Selbstmordversuche), in denen er durch Magenausspülungen mit Chloroformwasser (0·5—1·0 Chloroform auf 1 Liter Wasser) nach vorausgeschickter Auswaschung des Magens mit alkalischem Wasser schnell Heilung eintreten sah. Einmal waren nur 6 Ausspülungen nöthig. Chemische Untersuchung der Fälle fehlt. *De Tullio* ist, im Gegensatz zu *Bianchi*, der zuerst die Chloroformwasserausspülungen empfohlen, der Meinung, dass das Chloroformwasser nur auf die Gastralgie, und zwar durch Beeinflussung der Nervenendigungen, wirkt, auf diese allerdings specifisch. In dem einen der Fälle brachten 20 Ausspülungen mit ausschliesslicher Anwendung von alkalischem Wasser Besserung der Verdauung, aber erst 5 Applicationen von Chloroformwasser beseitigen die Schmerzen.

122 ***Ueber die Anwendung des Strychnin beim Säuferwahnsinn.*** *Von Dr.* ***M. Ramos***. *(Bullet. gén. de thérap. Oct. 1888. — Deutsche Med. Ztg. 1888. 103.)*

Verf. hat bei einem 42jährigen wohlgenährten Kaufmann, dessen Vater infolge von Alkoholgenuss Idiot war, und welcher selbst seit 4 Jahren häufige Anfälle von Delirium tremens ge-



habt hatte, schliesslich, als Opium, Morphium und Paraldehyd ohne Wirkung blieben, subcutane Injectionen von Strychnin angewandt. Von einer Lösung von 0·20 Strychnin. sulfuric. in 20·0 Aqua destillata wurde während eines heftigen Anfalles eine halbe Pravazspritze voll (0·05 Strychnin) eingespritzt; der Kranke wurde ruhiger und schlief 6 Stunden, als einige Zeit nach dem Erwachen wieder ein Anfall eintrat, wurde abermals eine halbe Spritze voll Strychninlösung eingespritzt, und der Kranke schlief ruhig ein; während der weiteren nächsten 24 Stunden wurden noch zwei Einspritzungen von je einer halben Spritze Strychninlösung alle 12 Stunden applicirt und schliesslich noch 0·01 Morphium subcutan injicirt. Der Kranke schlief ruhig, erholte sich dann bei blander Diät und war nach 26 Tagen wieder vollständig hergestellt. Während der Reconvalescenz klagte er anfänglich über allgemeine Schwäche, namentlich in den unteren Extremitäten, welcher später ein unerträgliches Jucken über den ganzen Körper während einiger Tage folgte.

123. ***Anwendung des Strophanthus im Kindesalter.*** *Von Prof.* ***Demme****, Bern. (25. Jahresbericht des Jenner'schen Kinderhospitals zu Bern. 1888.)*

Verf. ist in seinem Spital zu folgenden Erfahrungen gelangt: Strophanthus, bezw. die Tinctur desselben, ist auch im Kindes alter, zweckmässig jedoch erst vom 5. Lebensjahre an, in Gebrauch zu ziehen. Seine Darreichung verursacht nur ausnahmsweise dyspeptische Beschwerden. Grössere Gaben, als 4—5mal täglich 3 Tropfen, sind mit Rücksicht auf die Ergebnisse der pharmakologischen Experimente, d. h. die möglicherweise plötzlich und unerwartet auftretende lähmende Einwirkung auf den Herzmuskel zu vermeiden. — Als prädominirende Wirkung des Strophanthus bezeichnet D. die Zunahme der Urinabsonderung und in Folge dessen die Abnahme und Beseitigung hydropischer Beschwerden. Dieser Effect wird zunächst durch eine Steigerung des Blutdruckes erzielt und tritt unter Anderem bei Klappenfehlern des linken Ostium atrio-ventriculare zu Tage, ohne dass jedoch durch Strophanthus eine Compensation des Klappenfehlers in ähnlich zuverlässiger Weise, wie durch den Gebrauch der Digitalis geschaffen würde. Bei Krankheiten, bei welchen bereits ein erhöhter oder auch ein normaler Blutdruck besteht, bleibt die diuretische Wirkung des Strophanthus aus. Eine zweite, zuweilen augenfällige Wirkung des Strophanthus bezieht sich auf die Beseitigung dyspnoëtischer Beschwerden. Dieselbe scheint für eine Wirkung dieser Arzneisubstanz auch auf die Centren zu sprechen. Sie macht sich in Fällen mehr chronisch verlaufender Nephritis, sowie auch bei anderen Affectionen, bei Asthma bronchiale, Tussis convulsiva, geltend. Wahrscheinlich kommt hier ebenfalls die Blutdrucksteigerung in Frage. Besteht auch zwischen der Wirkung des Strophanthus und derjenigen der Digitalis in mancher Beziehung Uebereinstimmung, so ist andererseits doch jedem der beiden Medicamente eine selbstständige therapeutische Bedeutung zuzuerkennen. Wo es sich um die rasche Compensirung von Klappenfehlern und die Erzielung einer prompten Steigerung des Blutdruckes mit ausgiebiger Verlangsamung der Pulsfrequenz und Zunahme der Harnabsonderung

handelt, da wird ohne Zweifel die Digitalis in erster Linie in Gebrauch gezogen werden müssen, und ist bei Versagen ihrer Wirkung auch von der Anwendung des Strophanthus kein besserer Erfolg zu erwarten. Wo andererseits durch einen vorhergegangenen Gebrauch der Digitalis beispielsweise Klappenfehler compensirt sind und es sich nachmals bei Erschöpfung der Digitaliswirkung um eine erneute Blutdruck steigernde Beeinflussung der Herzaction zur Vermehrung der Diurese handelt, wo ferner dyspnoëtische Beschwerden bei diesem Krankheitsbilde in den Vordergrund treten, da vermag Strophanthus nicht selten einen befriedigenden therapeutischen Erfolg zu erzielen. In derartigen Fällen empfiehlt sich übrigens die schon von *Hochhaus* und *Fränkel* erwähnte combinirte Anwendung von Digitalis und Strophanthus. Auch *Demme* hat bei länger dauernder Anwendung des Strophanthus weder eine Cumulirung der Wirkung, noch eine Abschwächung derselben, d. h. eine Gewöhnung an diese Arzneisubstanz, beobachtet.

124. ***Ein Fall von Eserinvergiftung bei der Behandlung der Chorea.*** *Von Dr.* ***Lodderstädt****. (Berliner klin. Wochenschr. 1888. 17. — Centralbl. f. Med. 1888. 52.)*

Bei einem 9jährigen, an Chorea leidenden Mädchen trat $^1/_4$ Stunde nach der subcutanen Injection von $^1/_2$ Mg. Eserin. sulfuric. reichliches Erbrechen und heftiger Kopfschmerz auf; nach $^1/_2$ Stunde trat reichlicher Schweiss im Gesicht und am Oberkörper auf und etwas vermehrte Speichelsecretion; die Pulsfrequenz war auf 64 gesunken und der Puls an der eng gewordenen Art. radialis war klein und fadenförmig, noch später ging er auf 54 herab. Die Pupillen waren verengt, erweiterten sich nicht mehr auf Beschattung, verengerten sich aber bei starker localer Belichtung noch um ein Geringes. Unter Darreichung von Analepticis waren nach 7 Stunden die bedrohlichen Erscheinungen der Herzschwäche und des Collapszustandes geschwunden, während subjectiv noch grosses Schwächegefühl und Kopfschmerz bestand; am folgenden Morgen befand sich Patient wieder vollkommen wohl. Auf die Choreabewegungen hatte die Vergiftung keinen Einfluss gehabt. Von weiteren Versuchen mit Eserin nahm *Lodderstädt* bei dieser Patientin Abstand und räth, jedenfalls nicht mit grösseren Dosen als $^1/_2$ Mg. zu beginnen. Ein Irrthum bei der Dispensirung war sicher nicht vorgefallen.

125. ***Die locale Anwendung von Hydrastis canadensis.*** *Von Dr.* ***Felsenburg****, Wien. (Wiener med. Blätter 1888. 48. — Der prakt. Arzt. 1888. 12.)*

Die eigenthümliche, die Gefässe zur Contraction bringende Wirkung des Fluidextracts von Hydrastis canadensis bei interner Application findet seit einer Reihe von Jahren eine ausgebreitete Anwendung in der Gynäkologie, und amerikanische Aerzte haben, wie sie angeben mit Erfolg, versucht, auch bei chronischen, mit Congestionen einhergehenden Erkrankungen anderer Organe, Blase Niere etc. dieses Mittel zu verwenden. Die locale Anwendung dieses Mittels wurde bisher nicht geprüft, trotzdem die pharmakodynamischen Experimente, die mit dem wirksamen Bestandtheile der Hydrastis, dem Hydrastin, angestellt wurden, zeigten, dass



diesem Körper sowohl eine adstringirende, als auch schwach local anästhesirende Wirkung zukomme. Die letzteren Angaben haben *Felsenburg* veranlasst, die locale Application des Fluidextracts von Hydrastis zu versuchen. Seine Versuche bezogen sich auf eine Reihe von Fällen mit chronischer Pharyngitis, die zum Theile auch mit beträchtlicher Tonsillarvergrösserung combinirt waren. In allen Fällen war nach mehrtägiger Bepinselung der erkrankten Schleimhäute mit dem Fluidextract eine deutliche Abnahme der Röthung, also Verengerung der Gefässe und auch eine Abschwellung der erkrankten Partien zu constatiren, und die subjectiven Beschwerden der Kranken, wie das Gefühl des Kratzens und der Rauhigkeit im Halse, liessen auffallend rasch nach. Dabei gewöhnten sich die Patienten sehr bald an den bitteren Geschmack, und fanden diese Behandlungsart viel angenehmer, als die mit den bisher üblichen Gurgelwässern und Einpinselungen. Wahrscheinlich dürften Versuche mit der localen Application dieses Mittels auf anderen Schleimhäuten, z. B. Vagina etc., ähnliche günstige Resultate ergeben.

126. ***Liquor Sodii aethylatis in Lupus.*** *Von* ***Taylor.*** *(Brit. med. Journal. 1888. X. 6.)*

Taylor empfiehl ausserordentlich lebhaft zur Behandlung des Lupus Pinselungen mit „Liquor Sodii aethylatis“. (Derselbe wird hergestellt durch Auflösung von Natrium in kaltem Alcoh. absol.; bei Berührung mit Wasser zersetzt er sich), namentlich bei oberflächlichen, noch wenig ausgebreiteten Formen, und er berichtet über einen Fall, bei dem längere Zeit vergebens chirurgisch behandelt worden war und bei dem nach 3maliger Application des genannten Medicaments die Lupusherde sich mit Schuppen bedeckten und nach der Entfernung dieser bereits Heilung eingetreten war. Bei der Schwierigkeit und Hoffnungslosigkeit der Lupusbehandlung würde sich auch ein Versuch mit diesem bisher nicht angewendeten Medicamente lohnen. *Jadassohn*, Breslau.

127. ***Pulverisations bi-jodomercuriques contre la phthisie pulmonaire.*** *Par* ***Miguel*** *et* ***Rueff.*** *(Gazette médicale. Décembre 1888.)*

Das Streben in der Bekämpfung der Phthise ist in jüngster Zeit kein defensives (Ernährung, Kräftigung, Bekämpfung einzelner belästigenden Symptome etc.) mehr, sondern ein direct offensives, dahin gerichtet, das Mittel unmittelbar mit den Tuberkelbacillen in den Lungengeweben in Berührung zu bringen, um so deren Lebensfähigkeit zu vernichten. Die Mittel, die bisher zu diesem Zwecke in Verwendung kamen, haben den Erwartungen nicht ganz entsprochen und die Suche nach einem sicheren Mittel dauert ungeschwächt fort. So haben denn auch die sehr bekannten französischen Autoren höchst beachtenswerthe Versuche mit Einathmung von zerstäubten Merc. bijodatum gemacht, mit welchem so günstige Erfolge erzielt wurden, dass die Autoren das Ergebniss ihrer Erfahrungen in einer grösseren Arbeit zur allgemeinen Kenntniss bringen. Wir selbst beeilen uns, unseren Lesern die Resultate in thunlichster Kürze mitzutheilen. Schon nach der ersten Sitzung veränderten sich die Hustenanfälle, dieselben wurden weniger quälend und seltener; die Expectoration ver-

minderte sich bei den meisten, selbst bei nachweisbaren grossen Cavernen, in welchen selbst der fötide Geruch des Sputum sich besserte; langsam wurde eine Abnahme des Fiebers und Verminderung der so verhängnissvollen Schweisse constatirt. Gleichzeitig besserte sich das Allgemeinbefinden, und wie aus den beigegebenen Beobachtungen zu ersehen ist, haben ein grosser Theil der Kranken erheblich an Gewicht zugenommen. Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Vortheil dieser Behandlungsweise wäre noch die absolute Unschädlichkeit auf die Verdauungsorgane zu erwähnen. Die Spray-Inhalationen werden 1—2mal des Tages nach individuellem Verhalten gemacht und können monatelang unbeschadet fortgesetzt werden. Die Formel ist folgende: *Merc. bijodur — Kali hydroj. aa. 1 0, Aqua dest. 1000.* Schwächere Lösungen von 1 : 4000 sind noch immer wirksam.

Dr. Sterk, Wien-Marienbad.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

128. ***Die künstliche Blutleere bei Ausschälung von Kropfknoten.*** *Von Prof.* ***Bose*** *in Giessen. (Centralbl. f. Chir. 1888. 1.)*

Die intraglanduläre Ausschälung der Kropfknoten ist, trotzdem sie das kranke Gewebe eben so vollständig beseitigt, wie die Totalexstirpation, nicht mit all den Gefahren verbunden, welche der Entfernung der ganzen Schilddrüse anhaften. Man hat nicht die Cachexia strumipriva zu fürchten. Nebenverletzungen grösserer Gefässe und Nerven kommen nicht vor, die Wunden heilen leicht. Die Methode würde allen Anforderungen entsprechen, wenn nicht bei der Ausführung unter Umständen erhebliche Schwierigkeiten zu überwinden wären. In Fällen nämlich, bei welchen die den Knoten deckende Schicht von gesundem Gewebe eine erhebliche Dicke hat, können bei dem Durchschneiden derselben sehr reichliche Blutungen aufreten. Trifft es sich zugleich, dass der Knoten eine nur schwach entwickelte Kapsel besitzt, so kann es ungemein schwierig sein, in der blutenden Wunde die Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe zu erkennen. Je weiter man an dem Knoten vorbei in das gesunde Gewebe hinein geräth, um so stärker wird die Blutung, um so schwieriger wird es, den richtigen Weg zu finden, und zuweilen bleibt nichts übrig, als die Ausschälung aufzugeben und zu der Totalexstirpation überzugehen. Aehnliches ist auch Verf. begegnet. Er machte daher bei der einen Kropfoperation den Versuch, die Drüse vor dem Beginne der Ausschälung blutleer zu machen. Der Versuch hatte in diesem und zwei weiteren Fällen auf der Klinik den besten Erfolg. Das Verfahren ist folgendes. Der Schnitt beginnt in dem Jugulum und verläuft von da über die Höhe der Geschwulst. Sind beide Drüsenhälften erkrankt, so kann an der anderen Seite die Operation in einer späteren Sitzung vorgenommen werden. Nachdem die Haut getrennt ist, werden in derselben Richtung die oberflächliche Fascie, das Platysma und die von dem Brustbeim nach dem Kehlkopf und Zungenbein auf-



steigenden, die Drüse bedeckenden Muskeln durchschnitten. Wenn man nun die Muskeln von der Drüsenkapsel ablöst und das lockere Bindegewebe, welches die Drüse umgibt, auch seitlich eine Strecke weit mit den Fingerspitzen trennt, so kann man die betreffende Drüsenhälfte so weit aus der Tiefe herausheben, dass dieselbe bis über den grössten Durchmesser der Geschwulst hinaus aus der Hautwunde hervortritt. Hält man die Drüse während kurzer Zeit in dieser Stellung, so wird ihr Blutgehalt ganz erheblich verringert, ähnlich wie in einem der Gliedmassen, wenn man dasselbe senkrecht aufrichtet. Man legt dann unmittelbar an der Hautwunde, also jenseits des grössten Durchmessers der Geschwulst, eine elastische Ligatur um. Ein Drainrohr ohne Seitenöffnungen, welches die Dicke eines kleinen Fingers hat, wird in straffer Spannung 2—3mal umgeschlungen und befestigt, indem man die Enden kreuzt und in eine Schieberpincette einklemmt. In dem abgebundenen Theil der Drüse kann man ohne nennenswerthe Blutung grosse Einschnitte machen und die Grenze zwischen krankem und gesundem Gewebe eben so leicht auffinden, wie an dem anatomischen Präparat. Die Knoten können leicht mit den Fingern oder mit einem stumpfen Instrument ausgelöst werden; selbst dann entstehen, wie sich in einem der Fälle zeigte, keine erheblichen Schwierigkeiten, wenn derbe Verwachsungen vorhanden sind, und die Scheere zu Hilfe genommen werden muss. Um die Blutzufuhr zu dem aus der Wunde vorragenden Theil der Drüse abzusperren, ist es keineswegs erforderlich, den elastischen Schlauch möglichst nahe an der Luftröhre anzulegen; es genügt vollkommen, wenn er eine kleine Strecke hinter dem grössten Durchmesser der Geschwulst umgeführt ist. Das Verfahren kann zur Ausschälung von Kropfcysten eben so verwendet werden, wie zur Entfernung solider Knoten; dagegen ist dessen Anwendung ausgeschlossen, wenn es sich um einen der selten vorkommenden Fälle handelt, bei welchen eine nicht maligne Struma hinter das Bustbein oder die Luftröhre so eingewachsen ist, dass sie auch nach Trennung der Haut und Muskeln ganz unverschieblich festsitzt. —r.

129. ***Die Spondylarthritis synovialis.*** *Von Dr. **Caspari** in **Moskau**. (Petersb. med. Wochenschr. 1888. 51. — Neurol. Centralbl. 13.)*

Die Entzündung der Gelenke der Processus obliquii wird nur von *Hueter* in seiner Klinik der Gelenkkrankheiten, sonst von keinem Autor beschrieben und doch kommt sie nach *Caspari* gar nicht so selten vor. Im vorliegenden Aufsatze bringt Verf. die wichtigsten klinischen Thatsachen auf Grund jahrelanger Beobachtungen.

Die Synovitis vertebralis kommt in jedem Alter vor, und zwar an allen Abschnitten der Wirbelsäule, am häufigsten aber am Cervicaltheil derselben, afficirt aber auch an demselben Subjecte die Gelenkfortsätze der ganzen Wirbelsäule. Einseitig hat sie *Caspari* am Brusttheile, doppelseitig aber recht häufig an dem Hals- und Lendentheile der Wirbelsäule beobachtet. Die Symptome sind: *a)* Bei activen und passiven Bewegungen der betreffenden Theile sehr schmerzhafte Steifigkeit; Husten und Schlucken steigern den Schmerz auf's Aeusserste; *b)* ausgesprochene Druckempfindlichkeit der afficirten Fortsätze neben

Schmerzlosigkeit der übrigen Wirbeltheile; *c)* durch Betastung nachweisbare Spannung der gleichseitigen Nacken- oder Lendenmuskeln mit oder ohne Schiefhaltung (diagnostisch ist dieses Symptom nur bei gleichzeitigem Vorhandensein von *a* und *b* verwerthbar); *d)* nach abgelaufenem acutem Stadium (3—8 Tage) ist meist nur noch Druckschmerz, der viele Wochen, ja Monate anhalten kann, nachzuweisen; *e)* selten kommt leichtes Fieber, bis 39°, vor. Die allerwichtigste Complication ist hierbei die Neuritis descendens, ob immer vorkommend, ist nicht zu entscheiden, in den meisten Fällen aber sind schon nach dreitägigem Bestehen der Synovitis die Plexus am Halse höchst schmerzhaft auf Druck, was sehr wichtig ist, weil damit der Beginn einer schleichenden, erst viel später manifesten Neuritis descendens angezeigt wird.

Der Verlauf in classischen Fällen ist folgender: Der Kranke klagt über Schmerzhaftigkeit im Nacken, es besteht Druckschmerz an den Proc. obliqui, schmerzhafte Spannung der gleichzeitigen Nackenmuskeln, Schiefstellung des Kopfes, active und passive Bewegungen desselben sehr schmerzhaft, Druck auf den Halsplexus gleichfalls sehr empfindlich; nach 3—8 Tagen verschwinden diese Beschwerden, doch hinterbleibt trotz des subjectiven Wohlbefindens des Subjects eine Schmerzhaftigkeit der Plexus auf Druck und kann man später die schrittweise Ausbildung der Neuritis verfolgen. Bei der Synovitis vertebralis lumbalis ist das Bild ein der Lumbago sehr ähnliches, umsomehr, als hier die Muskelspannungen oft fehlen. Nach Wochen und Monaten erscheint eine Neuritis ischiadica (oft duplex). Man findet deshalb in der Anamnese vieler „reiner" Neuritiden die Angabe, dass Schmerzen im Nacken, Rücken etc. der Neuritis vorangegangen seien, wovon aber oft die Kranken selbst keine Ahnung haben und worauf sie vom Arzte aufmerksam gemacht werden müssen; dieser muss immer Fortsätze und Plexus auf Druckempfindlichkeit untersuchen.

Hauptursache ist Erkältung, die Differentialdiagnose meist leicht, wenn die Untersuchung am blossen Körper angestellt wird. Behandlung mit Injectionen von 2%iger Carbollösung, 5—10 Spritzen täglich, sowohl bei acuten als auch chronischen Fällen, wobei die Canüle direct gegen die Gelenkfortsätze eingestossen wird.

130. ***Perforation des Processus vermiformis durch einen Kothstein. Heilung.*** *Von Dr. **Hildebrandt**, Hettstädt. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 28. — Centralbl. für klin. Med. 1889.)*

Eine 28jährige Frau, die 4mal geboren hatte, im Uebrigen stets gesund gewesen war, erkrankte im December 1887 mit den deutlichen Symptomen einer Perityphlitis. Da die Therapie machtlos blieb, wurde die entstandene, sehr schmerzhafte und fluctuirende Geschwulst in der Ileocoecalgegend indicirt, der Eiter entleert und die Wunde antiseptisch behandelt, drainirt und fortgesetzt ausgespült; trotzdem blieben stark secernirende Fisteln zurück, die grosse Aehnlichkeit mit tuberculösen Fisteln zeigten. Es wurde deshalb nochmals in der Narcose die Höhle untersucht und es fand sich zunächst das Coecum von der Fossa iliaca durch schlaffe Granulationen abgehoben, verdickt und an



seiner hinteren Seite der Processus vermiformis an demselben fest anliegend. Am Ende des Processus war ein harter Gegenstand fühlbar, der sich leicht durch die Höhle entfernen liess und sich als ein Kothstein entpuppte mit deutlich schaligem Bau, vier Haaren im Innern, einer Länge von 2·5 Cm. und einer Dicke von 0·5 Cm.

Die Lage des Processus hinter dem Coecum verhinderte etwa in jenen eingetretenen Koth wieder herauszugelangen, der flüssige Inhalt wurde resorbirt, es bildete sich um die Haare herum ein Kothpfropf und durch Ablagerung von Kalk ein Kothstein; dieser perforirte das Ende des Processus, bewirkte eine adhäsive Entzündung des Peritoneum, Abscessbildung und verhinderte den Schluss der Abscesshöhle; erst nach seiner Entfernung trat vollständige Heilung ein. (Aehnliche Fälle sind in der Praxis nicht selten, leider wird das operative Heilverfahren dabei gar nicht oder zu spät ausgeführt, so dass sie zumeist letal enden. Red.)

131. ***Ueber den Zusammenhang von chronischen Verstopfungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit Unterleibsbrüchen.*** *Von **W. Freudenthal.** (Monatsschr. für Ohrenheilkunde. 1887. 11. — Centralbl. für Chirurg. 1888. 52.)*

In den oft sehr forcirten Exspirationsbewegungen (Schneuzen, Räuspern etc.), zu denen an chronischer Verstopfung der Nase Leidende gezwungen sind und in der durch diese bedingten sehr häufigen und starken Erhöhung des intraabdominellen Druckes glaubt Verf. eine häufige Ursache für die Entstehung von Hernien gefunden zu haben. Den Beweis für das thatsächliche Bestehen eines derartigen Zusammenhangs sucht er dadurch zu erbringen, dass er in einer sehr grossen Familie, in welcher sehr viele Mitglieder an chronischen Nasenleiden litten, theils anamnestisch, theils durch eigene Untersuchung feststellte, wie viele derselben gleichzeitig an Hernien litten — unter den 77 Mitgliedern der Familie waren 17 mit Hernien behaftet —, anderseits 500 an Unterleibsbrüche Leidende auf Nasenkrankheiten untersuchte. Unter letzteren fand er nun keinen einzigen, den er als vollständig gesund auf Nase und Pharynx bezeichnen möchte — was in New-York nicht besonders auffällig sein soll — und 143 Fälle, welche einen unbedingten chirurgischen Eingriff erforderten, eingerechnet die zahlreichen Fälle mit adenoiden Vegetationen.

132. ***Exstirpation einer Blasengeschwulst.*** *Von Dr. **Radestock.** Mittheilung aus der chirurg. Abth. des Hofrath Dr. Stelzner am Stadtkrankenhause zu Dresden. (Archiv für klin. Chirurg. Bd. XXXVII, pag. 226—231. — Centralbl. für Chirurg. 1889. 1.)*

Der Fall betrifft einen 51jährigen Officier, der seit 14 Jahren an periodisch auftretenden Blasenblutungen litt. Mehrfache Untersuchung mit Metallcathetern hatte stets so heftige Blasenblutungen zur Folge gehabt, dass bei der Abwesenheit von Steinen schon lange die Diagnose auf eine Blasengeschwulst gestellt worden war. Der Urin enthielt keine Geschwulstelemente.

Bei der Sectio alta, die durch Anwendung eines Mastdarm-Colpeurynters erleichtert wurde, stiess der in die Blase eingeführte Finger auf eine an der Hinterwand, und zwar ungefähr



in der Mitte sitzende, kinderfaustgrosse Geschwulst, deren 1 Cm. dicker Stiel sich vollkommen umkreisen liess. Mittelst Klemmzange wurde die zottige und bröckelig weiche Geschwulst dicht an ihrer Ursprungsstelle abgerissen und der Rest dann mit der *Cooper*'schen Scheere abgetragen, nachdem ein Wärter zu besserer Sichtbarmachung des Operationsfeldes den Kranken rittlings bei herabhängendem Kopfe auf die Schulter genommen hatte. Nach Stillung der Blutung durch Eisstückchen folgte die Blasennaht mit Einlegung eines Verweilcatheters. Nach fieberfreiem Verlaufe der ersten 5 Tage konnte der Catheter fortgelassen werden. Vom 10.—15. Tage aber quoll aus der Drainstelle der Hauptwunde tropfenweise Urin hervor. Gleichzeitig entwickelte sich eine eitrige Cystitis mit Fiebererscheinungen. Nichtsdestoweniger konnte der Kranke 4 Wochen nach der Operation als geheilt entlassen werden. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich die 65 Grm. schwere Geschwulst als gutartiger Blasenpolyp.

133. ***Ueber normale und pathologische Anheftungen der Gebärmutter und ihre Beziehungen zu deren wichtigsten Lageveränderungen.*** *Von* ***Ziegenspeck*** *in München. (Arch. f. Gynäk. Bd. XXXI, Heft 1, pag. 1.)*

Gestützt auf 35 Genitalbefunde, die er bei nachträglicher Section controlirte und gestützt auf weitere 21 Sectionen sucht *Ziegenspeck* die normale und pathologische Anheftung der Gebärmutter zu erforschen. Bezüglich der normalen Verhältnisse findet er, dass der Beckenboden fast ausschliesslich den normalen anteflectirten und normal fixirten Uterus stützt, sowie hält. In der anteflectirten Stellung wird der Uterus durch den elastischen Zug der Gefässe der Beckenorgane und des Peritoneum gehalten. Der Uterus ist gewissermassen in anteflectirter Stellung an das Beckenperitoneum angewachsen. Das letztere zeigt überall musculöse Verstärkungen. Die Befestigung des Uterus an den Nachbarorganen spielt nur eine untergeordnete Rolle. Als Deviation des Uterus fasst er nach *B. S. Schultze* jede pathologische Fixation des Uterus auf, die denselben in seinen normalen Bewegungen hindert. Die Ursachen der Deviation oder Dislocation des Uterus liegen beinahe nie in der Wand des Uterus, sondern beinahe stets in pathologischen Anheftungen, die Folge einer früheren Entzündung des Beckenbindegewebes und des Beckenbauchfelles sind. Diese Entzündungen schliessen sich an ein Puerperium oder eine Menstruation an und sind auf die Einwanderung von Mikroben zurückzuführen. Zuweilen resorbiren sich die pathologischen Ausschwitzungen, zuweilen aber nicht zur Gänze und bleiben Stränge im Bindegewebe zurück, die empfindlich sind und eine chronische Parametritis erzeugen. Die Stränge schrumpfen unter dem Einflusse der chronischen Entzündung und erzeugen pathologische Fixationen, die Deviationen des Uterus nach sich ziehen. Narbige Hyperplasie des Beckenbindegewebes mit nachfolgender Umschnürung der Uterusgefässe sind die weiteren Folgen dieser chronischen Entzündungen. Je nachdem die verschiedenen Partien des Beckenbindegewebes von dieser chronischen Entzündung befallen werden, sind die Deviationen und abnormen Fixationen des Uterus verschieden. Ausser dem Puerperium sind es namentlich gonorrhoische Entzündung,

die schliesslich zu diesen chronischen Bindegewebsentzündungen führen und den Uterus deviiren, sowie fixiren. Durch diese Zustände werden die Gefässe, namentlich die Venen, eingeschnürt, der Blutkreislauf wird gestört, es tritt Stauung im Uterus, Hypersecretion, Vergrösserung des Uterus u. dgl. m. ein. Späterhin folgt Schrumpfung, Atrophie des Uterus u. s. w. In dieser Weise kommt es zu einer Parametritis superior oder wird speciell das Bindegewebe in der Gegend der Vagina, der Blase, des Rectum u. dgl. m. ergriffen. Die Entzündungsvorgänge sind jene, die *Freund* als „Parametritis atrophicans" bezeichnet. *Kleinwächter.*

134. ***Verletzungen des schwangeren Uterus durch das Horn des Rindes.*** *Von* ***Robert G. Harris*** *in Philadelphia und* ***Friedrich Semeleder*** *in Mexiko. (Amer. Journ. of Obstetr. Juliheft 1887, pag. 673 und Octoberheft 1887, pag. 1033 und 1036.)*

Harris stellt alle ihm bekannten Fälle zusammen, in denen Schwangere Verletzungen des Unterleibes durch Hornstösse erlitten. Es sind deren 13 und datiren dieselben aus den Jahren 1847—1876. In 10 dieser Fälle wurde auch der Uterus eröffnet, so dass die Frucht auf diesem Wege, statt auf dem natürlichen, geboren wurde. Von diesen 10 Müttern starben nur 3. Von den 10 Früchten gingen 6 zu Grunde, und zwar 1, die aus dem 6. Graviditätsmonate stammte, 4 wurden durch den Hornstoss schwer verwundet, so dass sie todt hervortraten oder bald nach der Geburt starben, 1 starb nach 8 Tagen. In drei Fällen wurde nur der Unterleib aufgeschlitzt und blieb der Uterus intact. Diese 3 Weiber genasen und gebaren späterhin zur normalen Zeit lebende Früchte. Von diesen drei Weibern war 1 im 3. und waren 2 im 6. Monate gravid. Von den 10 Weibern, denen der Uterus aufgeschlitzt wurde, waren mit Ausnahme von 1, die im 6. Monate schwanger war, alle am Ende der Gravidität. In dem von *Semeleder* mitgetheilten Falle war die Person im 8. Monate gravid und wurde bei ihr auch der Uterus aufgeschlitzt. Mutter und Frucht genasen. Von 14 Müttern starben daher nur 3 oder 20·71 und von den 14 Früchten 6 oder 42·85. *Harris* entnimmt aus diesem geringen Mortalitätspercente, dass, wenn man die Sectio caesarea bei Zeiten vornimmt, die Prognose nicht so ungünstig sei. Nicht uninteressant ist die Mittheilung eines Falles, der eine Indianerin betraf, die von einem amerikanischen Büffel gespiesst und hierauf von ihren Stammesgenossen nach indianischer Weise behandelt wurde. Nach Entfernung der theilweise hervorgetretenen Frucht und der Placenta wurde Lehm mit Wasser angemacht und derselbe, nachdem die Wundränder aneinander gebracht worden waren, in einer dicken Schichte um den ganzen Unterleib aufgelegt. Darauf kam eine Lage von Bast, die gleichfalls um das ganze untere Stammesende zu liegen kam. Schliesslich wurde noch eine Lehmschichte aufgelegt, so dass der Unterleib, wie in einem Gypsverbande fixirt war. In 14 Tagen war die Kranke genesen. *Kleinwächter.*

135. ***Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum.*** *Von Dr.* ***Günther*** *in Montreux. (Centralbl. f. Gynäk. — Therapeut. Monatsh. 1889. 1.)*

Verf. hat in 5 Fällen sehr gute Erfolge mit der Anwendung des constanten Stromes erzielt. Er applicirte die Anode in

Form eines Schwammes in einer mit Gummi überzogenen Metallhülse auf den Cervix und das benachbarte Scheidengewölbe, die Kathode kam als 10 : 20 Cm. grosse Platte auf die Gegend des 8.—12. Rückenwirbels zu liegen. Die Ströme werden mittelst *Edelmann*'schen Galvanometers und eines guten Rheostaten ein- und ausgeschaltet, um ein zu rasches Entstehen und Vergehen des Stromes und somit die Gefahr des Abortes zu umgehen. Die Stromstärke betrug nie über 5 Milliampères, die Dauer der Sitzung im Beginne 2—3 Minuten, später 7—10. Bei täglicher Sitzung war spätestens nach 4 Tagen das Erbrechen vollständig sistirt.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

136. ***Ueber Extraction der Cataract ohne Iridectomie mit Naht der Wunde.*** *Von* ***Dr. W. Czermak.*** *Aus der Klinik des Prof. E. Fuchs in Wien. (Wien. klin. Wochenschr. 1889. 29 und 30.)*

Als Haupteinwand gegen die jetzt wieder vielfach geübte Methode der Staarextraction ohne Iridectomie betrachtet Verf. das nachträgliche Eintreten der Iris in die Wunde. Als eine Methode, welche die Gefahren eines Irisvorfalles mit Sicherheit ausschliesst, kann die von *Williams* in Boston empfohlene Sutur der Hornhaut betrachtet werden. Richtig ausgeführt vermindert sie in den ersten Tagen nach der Operation die Gefahr der Wundsprengung und damit die des Irisvorfalles, hingegen erhöht sie vermittelst der Stichcanäle die Gefahren der Wundinfection. Verf. hat die Hornhautsutur in 10 Fällen angewendet. Er legt zwei Suturen, und zwar nach Vollendung des Schnittes und vor Entbindung der Cataract an. Nachdem die Iris mit dem Spatel reponirt worden, so dass die Pupille kreisrund erscheint, werden die Nahtschlingen geschlossen. Man kann, wenn es nöthig scheint, auch 3 Suturen anlegen. Eines der 10 Augen in einem Falle, in welchem die beiden Suturen zu weit von einander entfernt waren, ging durch eitrige Iridocyclitis zu Grunde. Nach *Czermak's* Erfahrungen ist eine glatte Heilung mit Suturen wohl möglich; ob wir aber im Stande sind, eine secundäre Infection so sicher auszuschliessen, dass der Erfolg den Erfolgen der Extraction mit Iridectomie gleichkomme, das müssen erst weitere Beobachtungen lehren. —*r.*

137. ***Ein Fall von Embolie der Centralarterie.*** *Von* ***Charles A. Oliver.*** *(Americ. Ophthalm. Society. 18. Juli 1888. — Centralbl. f. Augenheilk. 1888. October.)*

Der Patient, ein junger Mann, bemerkte 26 Stunden bevor er in Beobachtung kam, während eines Spazierganges plötzliche Erblindung des linken Auges; keine anderen Symptome, auch keine vorgängige Erkrankung. Das rechte Auge war normal. Der Augenspiegel zeigte am linken klare Medien, Opticus etwas grau, Retina geschwollen. Alle Retinalgefässe verengt, die Venen verengt, besonders am Sehnerv. Auf der Sehnervenscheibe eine

kleine Hämorrhagie; der charakteristische kirschrothe Fleck in der Macula war deutlich zu sehen. Genaue Untersuchung ergab nichts Krankhaftes in anderen Körpertheilen. Während einer längeren Beobachtungsdauer kehrte der Visus nicht zurück, Patient blieb vollkommen blind auf dem linken Auge.

138. ***Ein Fall von Ectropiumoperation durch Transplantation von Epidermis nach Eversbusch.*** *Von Dr.* ***A. Hunecke.*** *Aus der Klinik des Prof. Laqueur in Strassburg. (Med. Wochenschr. 1888. 15. — Centralbl. für Augenheilk. 1888. 12.)*

Laqueur hat bei einem Falle von Ectrop. palpeb. sup. totale, welches durch völligen Verlust der Lidhaut durch Lupus zu Stande gekommen war, dergestalt, dass der Ciliarrand vom inneren bis zum äusseren Augenwinkel an dem Supraorbitalbogen anwuchs, durch Transplantation von Epidermisstückchen nach *Eversbusch* geheilt. Die Haut in der Nähe des Auges war wegen der vom Lupus zurückgebliebenen Narben nicht zur Lappenbildung geeignet und deshalb pflanzte *Laqueur*, nachdem er das Lid vom Supraorbitalbogen abgelöst und freigemacht hatte, auf die entstandene Wundfläche (ohne Antiseptik) viele kleine, mit dem Rasirmesser von der Haut des Armes weggenommene Epidermisstückchen, welche so aneinandergelegt wurden, dass kein Stück unbedeckt blieb. Der Erfolg der Operation war ein vorzüglicher, das Lid blieb beweglich, es besteht nur geringe Ptosis und ist zur Zeit, d. h. neun Monate nach der Operation, das Fehlen der einen Augenbraue die einzige noch merkbare Entstellung.

139. ***Die Kehlkopfmassage.*** *Von Dr. med.* ***H. Averbeck.*** *(Deutsche Med.-Zeitung. 1888. 33 u. 34.)*

Averbeck übt die Kehlkopfmassage in 5 Momenten: 1. Es wird centripetal die ganze vordere Halsgegend vom Processus mastoideus bis zum Jugulum gestrichen und leicht geknetet. 2. Der Kehlkopf wird schnell seitlich hin- und hergeschoben. 3. Kehlkopf und Umgebung werden beklopft oder, wie *Averbeck* sagt, es wird die „Hackung" vorgenommen. 4. Der Kehlkopf wird unter mässigem Drucke nach rückwärts rasch seitlich bewegt uud mit den Fingern gestrichen. 5. Massage wie unter 1.

Averbeck empfiehlt die Kehlkopfmassage hauptsächlich bei nervösen und catarrhalischen Erkrankungen der Luftwege; aber auch bei Croup soll diese Methode glänzende Erfolge und ebenso bei Struma und Nasenpolypen aufweisen.

Dermatologie und Syphilis.

140. ***Ueber einen Fall von Eczema madidans complicirt mit septischer Infection.*** *Von Dr.* ***Anton Elsenberg,*** *Warschau. (Vierteljahresschr. für Derm. u. Syph. 1888. H. 3. — Deutsche Med.-Zeitung. 104.)*

Ein 30jähriger Mann hatte in Folge von Einreibung mit grauer Salbe ein Eczema madidans et pustulosum der unteren Hälfte des Rumpfes und der Oberschenkel acquirirt. Während

der Ausschlag unter Behandlung mit Diachylonsalbe sich besserte, kam eine Inguinaldrüse zur Vereiterung und musste gespalten werden. Wahrscheinlich veranlasst durch Sublimatanwendung zum Verbande verschlimmerte sich das Eczem wieder; dagegen füllte sich die Abscesshöhle mit guten Granulationen. Einige Tage darauf entstand rechtsseitige Pleuritis und Patient starb. Die Section zeigte eitriges, grosse Mengen von Staphylococcus albus enthaltendes pleuritisches Exsudat, starke Vergrösserung der Milz, trübe Schwellung der Leber und Nieren, die Abscesshöhle vollständig gereinigt und mit Granulationen gefüllt. — Verf. glaubt annehmen zu müssen, dass es sich in diesem Falle um eine septische Infection handelte und dass die Krankheitserreger durch die der Epidermis beraubte Hautoberfläche eingewandert seien.

141. ***Kraurosis of the vulva (Breisky).*** *Von Dr.* ***Heitzmann.*** *(Journ. of cutan. and gen.-urin. Diseases. Nov. 1888.)*

Heitzmann bespricht die klinischen Eigenthümlichkeiten und die Therapie der von *Breisky* beschriebenen eigenartigen Hautatrophie an den Genitalien, welche er für identisch mit der von *Weir* (New-York) schon vor 14 Jahren als „Ichthyosis vulvae" bezeichneten Affection erklärt. *Heitzmann* will vier Fälle dieser Art gesehen haben, er beschreibt aber einfach ein „chronisches Eczem" der Vulva mit umschriebenen Herden, verdickten, milchig getrübten Epithelien etc., während von *Breisky* die Verdünnung und Spannung der Haut als charakteristisch angegeben worden war. Man hat also allen Grund, an der Identität dieser verschiedenen Processe zu zweifeln. Für ätiologisch wichtig hält der Verf. einen muco-purulenten Vaginalcatarrh. Die Kranken werden in Folge ihres Leidens leicht melancholisch, verlieren den Schlaf etc. Therapeutisch hat *Heitzmann* Abkratzungen mit dem scharfen Löffel, Salicyl- und Pyrogallussäure mit gutem Erfolge versucht. Die Krankheit dauerte immer einige Jahre.

Jadassohn, Breslau.

142. ***Ein geheilter Fall von luetischer Psychose.*** *Von Dr.* ***Eugen Konrád.*** *(Pester med.-chirurg. Presse. 1887. 51.)*

Ein 34jähriger Bergwerksarbeiter, Potator, vor 18 Jahren inficirt und mit Zinnober-Räucherungen behandelt, erkrankte 4 Jahre vor der Aufnahme an heftigen Kopfschmerzen und einem Mundübel, gegen die Räucherungen angewandt wurden, worauf die Nasenwurzel einsank. Seit dieser Zeit geisteskrank, will einen Silberschatz heben, aus dem dann ein Hase hervorspringt, der ihn fast erdrosselt. In der Anstalt unterscheidet der Verf. bei dem Patienten 3 Stadien: Im ersten Halbjahr zeigt Patient bald Exaltations-, bald Depressionszustände, zeitweise Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, Kopfschmerzen, besonders Neuralgien der Supraorbitalnerven und zwei epileptoide Anfälle. Bromkali gelegentlich von günstiger Wirkung. Das zweite Stadium, das nur 4 Wochen dauert, diagnosticirt Verf. als manifeste Hirnlues; es werden notirt: Erweiterung und schlechte Reaction der linken Pupille, Abnahme des Sehvermögens links, die Uhr wird beiderseits nicht gehört, Paralyse des rechten unteren Facialisastes, Parese des rechten Beins, Hyperästhesie der Haut. Unter



Hg- und Jodkalibehandlung gehen alle Erscheinungen zurück. Im dritten Stadium tritt eine Tobsucht ein, die in 3 Wochen auf Chloral verschwindet. Patient wird 4 Monate später geheilt entlassen. *König* hält den Fall für eine gummöse Meningitis und zieht die Lehre, „dass in von der bekannten Symptomatologie der Psychosen abweichenden, eigenartig verlaufenden Fällen, wo man Syphilis auch nur ahnen kann, es räthlich ist, falls keine Contraindication vorliegt, eine antiluetische Behandlung einzuleiten". *Richard Kohn,* Breslau.

143. ***Die Einwirkung des regulinischen Quecksilbers auf thierische Gewebe.*** *Von E. v. During. (Monatschr. f. pr. Dermatol. 1888. 21.)*

During hat 7 Kranke im secundären Stadium der Syphilis mit Injectionen von regulinischem Quecksilber (subcutan wie intramusculär) behandelt. Einmal wurden innerhalb 4 Wochen 4mal 5 Theilstriche einer *Pravaz*'schen Spritze injicirt: das psoriasiforme Syphilid des Patienten war bei der 3. Injection schon verschwunden. In allen Fällen war eine Wirkung deutlich an den krankhaften Processen zu constatiren; die Nebenerscheinungen, wie Salivation, Stomatitis u. s. f., blieben nicht aus; der Quecksilbernachweis im Urin war positiv. Aus den Nebenerscheinungen zieht *v. During* folgende Schlüsse: „Das Hydrargyrum vivum ist zur Luesbehandlung deshalb ungeeignet, weil die Wirkung kleiner Dosen eine zu langsame, grösserer Dosen aber eine zu dauernde, sich steigernde ist. Wäre es möglich, die Dosirung — deren Schwierigkeit aus anatomischen Gründen wohl kaum zu überwinden ist — genau dem Individuum anzupassen, so würde es kaum eine geeignetere Form zur dauernderen Mercurialisirung des Körpers geben." Die Erfahrungen *During's* stehen im Widerspruche nach mancher Seite zu denen *Fürbringer's.* Interessant sind die anatomischen Befunde: nach beiden Injectionsmethoden ausschälbare tauben- bis hühnereigrosse Tumoren. Der nach subcutaner Injection gebildete Knoten glich einem weichen Fibrom oder Sarcom; die intramusculär gelagerten waren hart. Auf der Oberfläche des ersteren entleerten sich auf Druck aus Fisteln zahlreiche spiegelnde Quecksilberkügelchen; ebensolche überall in seinem Inneren! Mikroskopisch: Verbreiterung der Stachelschicht, Abflachung des Capillarkörpers; die Körnerschicht speciell ist enorm verdickt; Gewebsvermehrung subcutan, d. h. Massen von jungem fibrillären Bindegewebe und von Spindelzellen, dazwischen Rundzellen; Körnung und Wucherung der Perimysiumzellen; freie Quecksilberkügelchen in den Lymphbahnen. Von Eiterung sah man nirgends eine Spur. *Friedheim,* Leipzig.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

144. ***Beiträge zur Ernährungslehre des Menschen.*** *Von Dr. **Felix Hirschfeld.** Aus dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts zu Berlin. (Virchow's Archiv. Bd. CXIV. Heft 2. 1888. — Allg. med. Central-Ztg. 1888. 113.)*

I. Versuche mit eiweissarmer Nahrung. Nachdem Verf. in einer früheren Arbeit den Nachweis erbracht hat, dass es möglich ist, mit verhältnissmässig geringen Mengen Eiweiss auf einige Zeit bei dem Menschen das N-Gleichgewicht herzustellen, stellte er sich die weitere Aufgabe, die näheren Verhältnisse dabei, d. h. die Ausscheidung der wichtigsten Harnbestandtheile, zu untersuchen. Verf. war selbst die Versuchsperson. Derselbe ist 24 Jahre alt, 1·73 Cm. gross und 73 Kgr. schwer. Geringer Panniculus adiposus, dagegen ziemlich kräftige Musculatur. Verf. gelangte zu folgenden Resultaten: In einer ersten Versuchsreihe fand er ein deutliches Heruntergehen der Harnstoffausscheidung, entsprechend dem um so viel geringeren N-Gehalt der Nahrung. Ein Gleichgewicht trat jedoch nicht ein, vielmehr überstieg immer die Ausfuhr die Einfuhr. — Diese vermehrte N-Ausscheidung lässt sich entweder auf zu geringe Eiweisseinfuhr oder auf die überhaupt zu geringe Nahrungsmenge zurückführen; wahrscheinlich haben aber beide Einflüsse mitgewirkt. Ein ganz anderes Ergebniss lieferte eine zweite Versuchsreihe. In derselben war sowohl die Gesammtnahrungsmenge, wie insbesondere der auf die Eiweisskörper entfallende Antheil gegenüber der ersten Reihe vermehrt. Die N-Ausscheidung ging hier in den ersten Tagen wieder rasch herunter. Am 3. und 4. Tage tritt allmälig Gleichgewicht ein, das nach 4 Tagen erreicht scheint. Am 5. und 6. Tage überwiegt zwar die Summe des mit dem Urin und den Fäces ausgeführten N noch etwas die Einfuhr. Dagegen ist jedoch in den beiden nächsten Tagen das Umgekehrte der Fall. — Die Harnsäureausscheidung, welche bei der gewöhnlich genossenen eiweissreicheren Nahrung zwischen 0·56 und 0·69 Grm. schwankte, sank in der ersten Reihe auf 0·417 Grm., in der zweiten auf 0·456 Grm., die Harnstoffmenge auf 11·4 resp., 12·6 Grm., so dass in beiden Versuchsreihen das Verhältniss der Harnsäure zu dem Harnstoff wie 1 : 27, bei einer Ernährung mit eiweissreicherer Kost, wo die N-Ausscheidung 14·7 Grm., N = 31·5 Grm. Harnstoff betrug, wie 1·50 sich gestaltete. — Zu dem gleichen Ergebniss ist seinerzeit *J. Ranke* gelangt. — In beiden Versuchsreihen war die Ausfuhr der Gesammtschwefelsäure bedeutend mehr verringert als die der Aetherschwefelsäure. Für erstere wurden Werthe von 1·51 Grm. bezw. 1·72 Grm. gefunden, während für letztere 0·203 Grm. bezw. 0·209 Grm. sich ergaben. Es lässt sich hieraus der Schluss ziehen, dass in beiden Versuchsreihen die Bildung von aromatischen Verbindungen in nicht viel geringerem Maassstabe stattgefunden hat, als bei der gewöhnlichen eiweissreicheren Ernährungsweise. Im Anschluss an die obigen Versuche stellte Verf. noch solche an über den



Eiweissstoffwechsel bei reichlicherer Eiweisskost, aber ungenügender Nahrungszufuhr. Diese Untersuchungen beanspruchen insofern ein allgemeineres Interesse, als sämmtlichen Methoden, die bei der Behandlung von fettleibigen Personen angewandt werden, das gemein ist, dass die Nahrungszufuhr in ganz bedeutender Weise beschränkt ist, auch bei fast allen Krankheiten, besonders wenn dieselben leicht fieberhaft verlaufen, die täglich genossene Nahrungsmenge ganz erheblich gegen die Norm herabgesetzt wird. In allen bezüglichen Versuchsreihen war die N-Ausscheidung grösser als die N-Aufnahme, grösser bei Muskelthätigkeit, wie bei Muskelruhe. — Ein fettarmer Körper gibt bei ungenügender Nahrung Fett und Eiweiss her. Das durch die mangelnde Zufuhr von Nährstoffen entstehende Deficit in der Wärmebildung wird wesentlich durch Fett gedeckt. Durch Verbrennung des umgesetzten Eiweisses können allerhöchsten Falls circa 10% geliefert werden. Die Differenz der Stickstoffausfuhr über die Einfuhr ist am ersten Versuchstage noch nicht beträchtlich, erst am zweiten und dritten Tage erreicht dieselbe ihr Maximum, um dann wieder abzufallen. Bei Muskelthätigkeit ist der Eiweisszerfall ein grösserer als bei Muskelruhe. Ob dabei 78 oder 112 Grm. Eiweiss genossen werden, ist ohne ersichtlichen Einfluss auf den Eiweissverlust des Organismus. Das Körpergewicht sinkt beträchtlich: in den ersten 3—4 Tagen um circa 2000 Grm., dann verändert es sich bedeutend langsamer. Die Hauptabnahme ist am ersten Tage zu constatiren. Der Gewichtsverlust geht dem Eiweissverlust nicht parallel. Die Harnsäureausfuhr ist gegenüber der Norm, d. h. der Ernährung mit der annähernd gleichen Menge Eiweiss, aber mit mehr stickstofffreien Stoffen, deutlich vermindert. Die Ausscheidung der Schwefelsäure ist stark vermehrt, die der Aetherschwefelsäuren in geringem Grade gesteigert. Alle Entfettungsmethoden beruhen wesentlich darauf, dass die Nahrungszufuhr in einem hohen Grade beschränkt wird. Dass durch eine reichliche Eiweisszufuhr die Fettzersetzung noch besonders verstärkt wird, ist nicht sicher bewiesen, ebensowenig wie die Ansicht, dass durch eine bis zu 170 Grm. gehende Eiweisszufuhr der Eiweissverlust aufgehoben wird. Bei einer Entziehungscur können Fette sowohl, wie Kohlehydrate genossen werden. Die Gefahr, dass durch einzelne dieser Stoffe eine Fettzunahme im Körper stattfinden könne, ist nicht vorhanden. In diesem Falle müsste bei ungenügender Nahrung der Körper auf Kosten des Eiweisses leben. Bei dem geringen calorischen Werth des Eiweisses müsste der Organismus aber soviel davon zersetzen, wie es allen unseren Erfahrungen widerspricht.

145. ***Beiträge zur Anatomie des Penis.*** *Von Dr. Düring. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888. 22.)*

Düring führt die Entwicklung des Präputialsackes im Gegensatze zu *Hertwig,* der die Ausstülpung einer Hautfalte annimmt, nach dem Vorgange *Unna's* auf die glockenartige Einstülpung eines Epithelzapfens aus dem äusseren Keimblatte zurück. Und zwar findet letztere nach *Düring* derartig statt, dass der Epithelzapfen von dem Punkte hervordringt, der später der Oeffnung des Präputium entspricht. Die sogenannten *Tyson*'schen Drüsen, alle über-



haupt als Drüsen angesprochenen Gebilde an Glans, Sulcus coronarius, am inneren Präputialblatt hält *Düring* für epitheliale Einstülpungen. Er folgt hierin der Ansicht von *Finger*, *Valenti* und *Bergonzini*. Drüsen des Präputialsackes gibt es nach *Düring's* Ansicht nicht, und das Smegma stellt nur abgestossene Epithelien dar. Das Lumen des Präputialsackes entsteht durch Ausfall der Hornschichte nach centraler Verhornung der Epithelleiste. Die Gebilde am Sulcus coronarius sind nach *Düring* Anhängsel, Appendices des Präputialsackes. Ihre Bildung führt er auf einen unregelmässig tieferen Ausfall der Hornschicht zurück; diese Nischen sollen eine Fortsetzung des grossen Präputialsackes sein. Die Gebilde am inneren Blatte des Präputiums nennt er gruppirte Divertikel, die Einstülpungen zu beiden Seiten des Frenulum praeputii Cysternae frenuli. *Friedheim*, Leipzig.

146. ***Ueber die Ursachen der Blutgerinnung.*** *Von Dr.* ***Ernst Freund.*** *(Med. Jahrb. 1888. H. 6.)*

In einer ausführlichen Arbeit hat Verfasser im Laboratorium des Prof. *E. Ludwig* in Wien die Lehre von der Blutgerinnung kritisch revidirt und durch neue Untersuchungen gefördert. Das Resultat derselben ist in folgendem Resumé enthalten: Fibrin hat einen constanten Gehalt an phosphorsauren Erdalkalien. Die Abscheidung einer solchen Menge von phosphorsauren Erdalkalien in gerinnungsfähigen Flüssigkeiten kann als Ursache der Gerinnung betrachtet werden, weil man in derartigen Flüssigkeiten Gerinnung erzeugen kann, wenn man der Fibrinasche adäquate Mengen von phosphorsauren Erdalkalien sich abscheiden lässt, und weil man andererseits die Gerinnung derartiger Flüssigkeiten verhindern kann, wenn man die Ausscheidung von phosphorsaurem Kalk und Magnesia hintanhält. Der gerinnungshemmende Einfluss der Gefässwände beruht auf deren Mangel an Adhäsion. Die Wirkung der Adhäsion beruht auf der Herbeiführung der Vermischung der in vivo hauptsächlich in den zelligen Elementen des Blutes befindlichen Phosphate mit den hauptsächlich im Plasma vorkommenden Kalk- und Magnesiasalzen. Mit diesen Ergebnissen stehen die wichtigsten bei der Gerinnung beobachteten Erscheinungen in Einklang. *Loebisch.*

147. ***Eine Modification der Hoppe-Seyler'schen Natronprobe auf Kohlenoxydhämoglobin.*** *Von Prof.* ***E. Salkowski,*** *Berlin. (Zeitschr. für physiol. Chem. 1888. 12. — Deutsche Med.-Zeitung. 1888. 104.)*

Man verdünnt das fragliche Blut mit destillirtem Wasser auf das 20fache und setzt sodann zu der Lösung im Reagensglas das gleiche Volumen Natronlauge von 1·34 spec. Gew. Handelt es sich um Kohlenoxydblut, so wird die Mischung in wenigen Augenblicken zuerst weisslich-trüb, dann lebhaft hellroth. Beim Stehen der Probe scheiden sich hellrothe Flocken ab, die sich allmälig zusammenballen und eine schwach rosa gefärbte Flüssigkeit zwischen sich lassen, endlich sich in der Regel an der Oberfläche der Flüssigkeit sammeln. Die aus genuinem Blut hergestellte Lösung zeigt auf Zusatz des gleichen Volumens Natronlauge schmutzig-bräunliche Verfärbung.

148. ***Ueber das Vorkommen von thierischen Parasiten in den Fäces der Kinder.*** *Von Prof.* ***R. v. Jaksch****, Graz. (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 25. — Deutsche Med.-Zeitung. 1888. 103.)*

Die Fäces der Brustkinder sind arm an Entozoen; fast stets fanden sich bei älteren Kindern Eier von Ascaris lumbr.; Oxyuris vermic. und Trichocephalus dispar.; dagegen sind Tänien in *Jaksch*' Beobachtungsmaterial sehr selten. Verf. fand sodann: 1. Monadinen, denen er medicinische Bedeutung nicht beimisst. 2. Sehr häufig ellipsoide Körper mit scharf conturirter Hülle und gleichmässigem, dunklerem Inhalt, in dessen Längsachse ein meist S-förmig gewundener dicker Faden verlief; das Gebilde ist stark lichtbrechend und nimmt Anilinfarbstoffe in wässeriger Lösung nicht auf; in Aether ist es unlöslich; die Grösse beträgt das 3—4fache eines rothen Blutkörperchens, seine Breite 2- bis 3mal so viel; vielleicht handelt es sich um encystirte Formen von Cercomonas intestinalis. 3. Infusorienartige Gebilde, welche auf Bismuth mit der gleichzeitig vorhandenen Diarrhoe schwanden, um mit dieser nach wenigen Tagen wiederzukehren; diese Gebilde bestanden *a)* aus grossen, kugeligen Gebilden, homogen mit halbmondförmigem Einschnitt an der Peripherie, ohne Geisseln oder protoplasmaartige Fortsätze; diese Formen nehmen Anilinfarbstoffe auf; *b)* aus vollständig analogen Formen, nur an Stelle des halbmondförmigen Raumes eine granulirte Masse mit leichter centraler Delle. Von Fettzellen und Leucocyten unterscheiden sie sich durch ihre Reaction gegen Aether und ihre Grösse (das 5—6fache rother Blutkörperchen), auch von Cercomonas intestinalis und Amoeba coli sind sie verschieden. Diese Formen hält Verf. nicht für zufällige, sondern mit gewissen Krankheitssymptomen im Connex stehend.

149. ***Zur Diagnostik der Abdominaltumoren.*** *Von Dr.* ***Minkowski****. (Berliner klin. Wochenschr. 1888. 13. — Centralbl. für klin. Med. 1888. 52.)*

Auf der medicinischen Klinik von *Naunyn* wird in jedem geeigneten Falle von palpablem Abdominaltumor die Aufblähung des Magens und die Eingiessung in den Darm ausgeführt. Erst wird die Lage der Geschwulst bestimmt, in ein Schema eingezeichnet, dann der Magen durch Kohlensäure aufgebläht, die veränderte Lage der Geschwulst in das gleiche Schema eingetragen, die Kohlensäure durch Schlundsonde aus dem Magen entfernt, der Dickdarm mit Wasser ausgefüllt, wieder die Lage der Geschwulst bestimmt und in das Schema eingezeichnet. Aus der grossen Zahl von auf diese Weise gesammelten Beobachtungen geht hervor, dass die Abdominaltumoren bei Anfüllung des Magens oder des Darmes dahin auszuweichen pflegen, wo das Organ, welchem sie angehören, unter normalen Verhältnissen gelegen ist.

—*r.*



Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

150. ***Hygiene der Reisenden.*** *Handbuch der Diätetik von* ***Uffelmann*** *und* ***Munk****. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Suppl. Bd. XIX.)*

Grosse Uebelstände bringt die bisherige Art der Verpflegung in Folge der Ueberhastung, namentlich bei den Courierzügen, mit sich. Es soll jedem Courierzuge ein Buffetwagen angehängt werden, in welchem der Reisende gegen nicht zu hohe Preise in voller Ruhe Frühstück, Mittag- und Abendessen zu den gewohnten Zeiten einnehmen, auch durch Getränke sich erfrischen kann. Um Säuglinge während einer Eisenbahnfahrt richtig zu ernähren, wird empfohlen, sich mit *Nägeli*'scher, *Scherff*'scher oder der reinen, ohne Zucker condensirten Allgäuer Milch *Loeflund's* zu versehen, ferner aufgekochtes Wasser in fest verschliessbarer Flasche, sowie gepulverten Rohrzucker mitzuführen, die Mischung und Erwärmung auf den Stationen vorzunehmen, auf denen dazu Zeit genug ist, die mit Nahrung gefüllte Flasche aber innerhalb eines mit Filz ausgefütterten Blech- oder Pappfutterals zu halten.

Dr. *E. Lewy.*

151. ***Ueber Entwicklung von Gasen im Schiffsraume.*** *Von Doc. Dr.* ***C. Seydel,*** *Königberg i. Pr. (Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öff. Sanitätswesen. 1889.)*

Die Entwicklung giftiger Gase in Schiffsräumen gehört nicht zu den Seltenheiten, ist jedoch an gewisse den Seeleuten wohlbekannte Bedingungen geknüpft. So entwickelt stagnirendes Kielwasser bei Bewegungen des Schiffes leicht giftige Gase. Beim Ausbrennen oder Ausschwefeln der Laderäume gegen Ratten entwickelt sich theils Kohlenoxydgas, theils schwefelige Säure. Jedoch eine eigenthümliche bisher nicht bekannte Ursache führte im August vorigen Jahres auf einem eisernen Kopenhagener Dampfer zum Tode dreier Menschen. Dieses Schiff brachte nämlich Papierabfälle in Ballen gepackt, damit die Ballen besser gepresst werden können, wurden sie beim Packen angefeuchtet. Auf der etwas stürmischen drei Tage dauernden Ueberfahrt von London nach Kopenhagen waren sämmtliche Schiffsräume fest geschlossen. Es herrschte im August auf der Nordsee eine auffallend hohe Temperatur. Als nach Ablauf des Sturmes drei Matrosen in den mit Papierballen gefüllten Schiffsraum hinabstiegen, scheinen alle drei sofort bewusstlos geworden zu sein, denn sie antworteten den auf Deck Stehenden auf deren Anrufen nicht. Um die Sache aufzuklären, stieg der Steuermann in den dunklen Schiffsraum hinab und wurde auch sofort bewusstlos. Der nun herbeigeholte Capitän begab sich dann selbst mit einem Seile um den Leib in den Raum. Den dicht an der Leiter liegenden Steuermann ergreifend, gelangte er mit Hilfe des Seiles bald an die frische Luft und versuchte nun die Rettung der übrigen im Schiffsraume Liegenden. Einen üblen oder auffälligen Geruch hat er sowohl wie der Steuermann nicht gespürt. Die Untersuchung ergab als Ursache des Unglückes: Entwicklung von Kohlensäure durch gährende Papierabfälle. Noch beim Löschen der Ladung waren die Ballen so stark erhitzt, dass sie dampften.



Hoppe-Seyler hat schon früher nachgewiesen, dass sich bei der Gährung der Cellusose Kohlensäure und Sumpfgas entwickeln. Die Bedeutung dieser Erfahrung für die Schiffshygiene ist klar; ausser Papier können alle cellulosehaltigen Artikel: Flachs, Hanf, leinene und baumwollene Stoffe und Abfälle u. s. w. unter Umständen, die der Gährung günstig, also Feuchtigkeit und Wärme, Kohlensäure und Methan entwickeln. Es ist daher vom Standpunkte der Schiffshygiene dringend zu verlangen, dass alle cellulosehaltigen Frachtstücke nur in absolut trockenem Zustande in den Schiffsraum gebracht werden und in diesem Zustande erhalten bleiben.

—*sch.*

152. ***Ueber Hypnotismus in forensischer Beziehung.*** *Von* ***Dr. Schütz.*** *Vortrag gehalten auf der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cöln.*

Der Vortragende gelangt zu folgenden Thesen: I. Der Hypnotismus kann in den Händen des erfahrenen Arztes ein Heilmittel, in der Stube des Amateurs ein Leben und Gesundheit, Moral und Sitten gefährdendes Werkzeug werden, und ist deshalb den letzteren zu verbieten. II. Die Schlussfolgerungen, welche von einzelnen, besonders französischen Forschern aus der Lehre und den Wirkungen der hypnotischen Suggestionen gezogen werden, sind zu gewagt, entsprechen nicht Thatsachen und dürfen deshalb nicht ihren Einzug in die Gerichtssäle halten. III. Die Aufgabe, das Wesen des Hypnotismus in seinen einzelnen Zweigen zu verfolgen und zu studiren, ist zwar eine schwierige für den heutigen Gerichtsarzt, aber zur Aufdeckung von Vergehen oder Betrug und Täuschung eine nothwendige.

153. ***Untersuchungen über das Vorkommniss von Mikroorganismen in Geschwülsten, namentlich Carcinomen, mit besonderer Berücksichtigung des Scheurlen-schen Carcinombacillus.*** *Von* ***Dr. S. Rosenthal.*** *(Zeitschrift für Hygiene von R. Koch und Flügge. Bd. V. Heft 1. 1888.)*

Auf Grund seiner unter der Aegide des Prof. *Baumgarten* in Königsberg gemachten Untersuchungen hat Verf. constatiren können, dass Mikroorganismen bereits im gesunden Mammagewebe vorhanden sind. Dieselben können um so leichter von der Hautoberfläche in dasselbe eindringen, je lockerer das Drüsengewebe durch irgend welche Reizzustände geworden ist. Der *Scheurlen*'sche Carcinombacillus ist nicht ausschliesslich im Carcinomgewebe zu finden, er ist vielmehr bei den verschiedensten Neubildungen nachweisbar gewesen. Durch die bisher bekannten bacteriologischen Methoden hat das constante Vorkommen der Bacillen in allen Carcinomen nicht nachgewiesen werden können. Durch das Plattenculturverfahren hat Verf. mit Sicherheit constatirt, dass im Carcinomgewebe neben diesen Bacillen noch andere Mikrobien vorhanden sind.

Auf normaler Haut hat Verf. das Vorkommen von Saprophyten constatirt, welche die Eigenschaften der *Scheurlen*'schen Bacillen vollständig besitzen. Dieser Saprophyt ist bereits von *Bizzozero* und *Bordoni-Uffreduzzi* unter dem Namen des Leptothrix, resp. Bacillus epidermidis beschrieben worden. Für die Identität dieses Bacillus mit dem *Scheurlen*'schen Bacillus spricht nach Verf. auch



der Umstand, dass derselbe nur in den der Haut nahe gelegenen Neubildungen vorgefunden wurde, dagegen in den Carcinomen der Leber etc. nicht nachgewiesen werden konnte. Mit einem Worte: Der *Scheurlen*'sche Bacillus ist nicht der Erreger des Krebses. *v. Swiecicki.*

154. ***Ueber den Einfluss des Tabakrauchens auf die Diphtherie.*** *Von Dr.* ***S. Hajek.*** *(Vortrag im Wr. med. Doctoren-Colleg. 1889. 7. Januar.)*

Veranlasst durch eine Mittheilung *Tassinari's* in Pisa, über die Wirkung des Tabakrauches auf die verschiedenen Mikroorganismen, suchte *Hajek* auf statistischem Wege nachzuforschen, ob die tabakrauchende Bevölkerung der Diphtherie weniger unterliege, als die nicht tabakrauchende. Da er zu seinen Studien die statistischen Angaben des Wiener Stadtphysikates benutzte, bildeten hauptsächlich Männer und Frauen das Object der Vergleichung. Er nahm an, dass die Männer von ihrem 22. Lebensjahre an zu rauchen anfangen und constatirte in den Jahren 1886, 1887 und 1888 das Verhältniss der Erkrankung an Diphtherie zwischen Männern und Frauen von dieser Altersstufe an wie 1 : 3. Der Vortragende widmet sich noch weiteren Untersuchungen in dieser Frage und wird die Resultate derselben später veröffentlichen.

155. ***Zur Wirksamkeit der animalen Lymphe.*** *Von Dr.* ***Jäger*** *in Langenberg. (Württ. med. Correspondenzbl. 1888. 37.)*

Verf., der im Laufe von 4 Jahren 5521 Kinder mit animaler Lymphe impfte, gelangte dabei zu folgendem Ergebniss: 1. Thierlymphe ist ebenso wirksam, wie die humanisirte Lymphe; 2. dieselbe ist aber weniger leicht haftbar; sie muss daher 3. sorgfältiger geimpft werden, als die humanisirte Lymphe und muss ungestört längere Zeit einwirken, um einen vollen Erfolg zu erzielen. Dieselbe darf daher nicht durch Anstreifen oder zu baldiges Ankleiden abgewischt werden, auch dürfen, was ja ohnehin nicht vorkommen soll, die Schnitte nicht bluten. Die gehörige Einwirkung des Stoffes erkennt man daran, dass nach kurzer Zeit (3—8 Minuten) die Schnittränder etwas anschwellen, sich über das Niveau der Umgebung erheben und eine gelblich-weisse Verfärbung annehmen. Die gehörige Einverleibung des Stoffes erreicht man dadurch, dass man zuerst mit dem nicht armirten Messer (Verf. benutzte hierzu keine Lancette, sondern die *Riesel*'sche Impffeder) die Schnittchen macht und nachher mit einem stumpfen, keilförmigen Instrument (etwa einem spatelförmigen Knochenstäbchen) den Stoff tüchtig in jedes einzelne Schnittchen, dessen Ränder man mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand auseinanderzieht, einreibt.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

156. *Notizen zu einigen Erkrankungen des kindlichen Trommelfelles und Mittelohres, sowie zu deren Behandlung.*

*Von **Dr. A. Eitelberg,** Wien.*

Archiv für Kinderheilkunde. X. Band I.

*Referirt von **Dr. Steigenberger** in Budapest.*

I. Myringitis acuta. Die reine Myringitis ist bei Kindern eine äusserst seltene Erkrankung, die indessen *Politzer* auch bei Kindern zugibt. Verfasser hat einen derartigen Fall bei einem 4jährigen Mädchen beobachtet und behandelt. Das sonst lebhafte Kind wurde missmuthig, niedergeschlagen, fiebert leicht, ist appetitlos und fährt im Schlafe zusammen. Bei der Untersuchung des Ohres zeigte sich das rechte Trommelfell in toto hochroth, geschwellt und die Contouren des Hammergriffes aufgehoben. Lufteintreibung nach *Politzer* bewirkte nur vorübergehende Erleichterung und nachdem Verfasser in der Paukenhöhle Eiter vermuthete, nahm er die Paracentese des Trommelfelles vor. Trotz ausgiebigen Einstiches und Lufteintreibung kam blos reines Blut in mässiger Menge zum Vorschein und kein Eiter. Die Schmerzen hatten sich nach dieser kleinen Operation verloren und nach weiteren 4 Tagen, während welcher täglich einmal das *Politzer*'sche Verfahren in Anwendung gezogen wurde, kehrte das Trommelfell allmälig zur Norm zurück.

II. Der chronische Mittelohrcatarrh bei Kindern. Ein Kind wird plötzlich durch heftigen Ohrenschmerz aus dem Schlafe aufgestört. Es wird als „altes Hausmittel" von den Angehörigen warmes Oel in's Ohr geträufelt. Theils durch das anhaltende Schreien, theils durch die wohlthuende Wärme besänftigt, schläft das Kind ein und erwacht gesund. — Diese Scene wiederholt sich in bald kürzeren, bald längeren Intervallen, ohne dass denselben eine ernste Bedeutung beigemessen würde. Hat man Gelegenheit, während eines solchen Anfalles das Trommelfell zu untersuchen, so wird man an denselben in der Regel solche Erscheinungen vermissen, die als Ursache der gesteigerten Empfindlichkeit gelten könnten. Der Sitz des Uebels ist auch nicht im Trommelfelle oder der Paukenhöhle, sondern in der Ohrtrompete zu suchen. Ein vorübergehender Verschluss derselben verhindert die nothwendige Lufterneuerung im Cavum tymp. und hat dadurch die unliebsame Störung hervorgerufen. Wird diesen leicht vorübergehenden Anfällen keine Bedeutung beigemessen, so wird die acute Schwellung eine bleibende chronische, die Festsetzung der Schleimhaut im Tubencanal wird verdickt, der Canal allmälig verengt, die darin sich befindende Luft resorbirt, ohne dass neue hinzukommen kann, die dem Luftdrucke im äusseren Gehörgange als Gegendruck wirken könnte. So wird das Trommelfell nach einwärts gedrängt, die Platte des Steigbügels tiefer in das Foramen ovale getrieben, und der schallempfindende Apparat leidet durch



dieses veränderte Verhältniss, woraus nothwendig eine Verminderung des Hörvermögens resultirt.

Die Prognose ist bei Kindern viel günstiger als bei Erwachsenen, wenn dem Fortschreiten des Uebels rechtzeitig und rationell entgegengearbeitet wird.

Bezüglich der Behandlung des chronischen Mittelohrcatarrhs empfiehlt Verfasser — ausser den allgemeinen dem Grundübel begegnenden Massnahmen — bei geringen Schwellungen des Nasenrachenraumes lauwarme Durchspritzungen der Nase mit Wasser und Milch aa. nach *Tröltsch* oder einfaches Durchgiessen dieses Mittels durch die Nase nach *Urbantschitsch.* Ausserdem kommt das *Politzer*'sche Verfahren in Anwendung. Die Lufteintreibung muss jedoch in Rücksicht auf die Weite und Kürze der kindlichen Tuba mit Vorsicht vorgenommen werden, es könnte sonst durch forcirtes Lufteintreiben das Trommelfell wieder stark nach aussen getrieben werden und durch den dadurch hervorgebrachten Verlust der Spannkraft in dieser Stellung bleiben, was dem Hörvermögen ebenso schädlich wäre, als die Einziehung, wegen welcher die Lufteintreibung vorgenommen wurde.

III. Die eitrige Mittelohrentzündung. Aetiologisch für die Entstehung derselben sind in erster Reihe die acuten Exantheme: Morbilli, Scarlatina, Variola; ferner Typhus und Diphtheritis. Ein zahlreiches Contingent zu dieser Erkrankung des Mittelohres liefern ferner die constitutionellen Krankheiten, die Scrophulose und Tuberculose, ebenso die Rhachitis: unter 250 darauf untersuchten rhachitischen Kindern fanden sich 25 mit dieser Ohraffection behaftet, ferner spielt auch die Pneumonie als ätiologisches Moment eine bedeutende Rolle bei der Entstehung der eitrigen Paukenhöhlenentzündungen, durch deren complicatorisches Auftreten die bereits abgefallene Temperatur wieder hoch ansteigt und nur nach spontaner oder künstlicher Entleerung des Eiters wieder abfällt. Oft complicirt dieselbe auch den Keuchhusten. Neben Erkältungen und Traumen des Ohres beschuldigt *Pino* auch das warme Wasser, welches beim häufigen Baden der Kinder in den Gehörgang dringt und eine Entzündung, die sich auf die Paukenhöhle fortpflanzen kann, erregt. Verfasser beschuldigt das Wasser, das oft in guter Absicht den Neugebornen beim Bade in's Gesicht gespritzt wird. Von diesem kommt etwas in Mund und Nase der Kinder und dieses führt, durch den Reiz veranlasst, eine Schluckbewegung aus, wobei bei der Weite und Kürze der Ohrtrompete von dem Wasser auch etwas da hinein gelangt und leicht eine Entzündung anregt.

Ueber die Symptome und Verlauf spricht Verfasser weiter nichts und erwähnt nur, dass die Reflexbewegung der Hand nach dem kranken Ohr der aufmerksamen Umgebung einen Fingerzeig geben kann, wo der Ort des Leidens ist.

Bezüglich der Therapie empfiehlt Verfasser bei der acuten Form der suppurativen Otitis die Anwendung antiphlogistischer Mittel und das *Politzer*'sche Verfahren. Bei Röthung und Schwellung des Trommelfelles wird man, wenn es der Ernährungszustand des Kindes gestattet, 1—2 Blutegel in der Gegend des Warzenfortsatzes und kühle Umschläge über das Ohr anwenden. Dabei muss der äussere Gehörgang mit Watte vor dem Eindringen von kaltem



Wasser geschützt werden. Eisumschläge müssen an Fällen bei Kindern vermieden werden. Bei Vorwölbung des Trommelfelles, zumal bei etwa auftretenden Gehirnerscheinungen darf mit der Punction nicht gezögert werden. Ist einmal der Eiter nach aussen durchgebrochen, so kommen Ausspritzungen des Ohres mit lauwarmem Wasser an die Reihe, diesen ist jedoch erst das *Politzer*'sche Verfahren vorauszuschicken, wobei der äussere Ohrgang des gesunden Ohres durch Einschieben eines Wattabäuschchens geschlossen zu halten ist. Nach Reinigung des Ohres wird eine lauwarme 4procentige Borsäurelösung in's Ohr geträufelt.

Besteht nach 10—12tägiger Behandlung der Ausfluss aus dem Ohre noch ungeschwächt oder nur mässig vermindert, so wendet Verfasser bei ganz jungen Kindern 2 Tropfen Plumb. acet. bas. sol. in $^1/_2$ Kaffeelöffel lauwarmen Wassers, bei älteren Kindern hingegen 5 Tropfen unverdünnt lauwarm an. Dies wird in's Ohr geträufelt und nach 10 Minuten durch eine entsprechende Wendung des Kopfes theilweise wieder entfernt. Nach Verfassers Erfahrung heilt dieses Mittel nach vorhergegangener Behandlung mit 4% Borsäurelösung überraschend gut und schnell. Es scheint Verfasser die Annahme plausibel, dass auf dem, durch fleissige Einträuflungen einer 4% Borsäurelösung gehörig desinficirten Boden die adstringirende Wirkung des Bleiacetats eher zur Geltung kommt. In 2 Fällen trat indessen nach Anwendung des Bleiacetats anhaltender Kopfschmerz auf, so oft dieses Mittel bei diesen Kindern in Anwendung kam.

Bei der Behandlung der chronischen Mittelohrentzündung genügt die blosse Ausspritzung mit Wasser nicht mehr, es muss wegen der oft putriden Eigenschaft des Eiters dem Wasser irgend ein Antisepticum zugesetzt werden. Nun ist aber dieser Zusatz wegen der toxischen Wirkung derselben bei Kindern nicht gleichgiltig, zumal bei der Weite der kindlichen Ohrtrompete, durch welche leichter als bei Erwachsenen von der Flüssigkeit geschluckt werden kann. Von Carbolsäure darf nur $^1/_2$—1% Lösung in Anwendung kommen und von der 1—2 pro Mille-Sublimatlösung wird am besten Umgang genommen, hingegen können von diesen Lösungen nach der Ausspritzung mit Wasser einige Tropfen in's Ohr geträufelt werden. Das von *Urbantschitsch* und Verfasser in jüngster Zeit angewendete Creolin (einige Tropfen in's Ausspritzungswasser) beseitigt den Foetor ex ore und scheint auch die Otorrhoe günstig zu beeinflussen.

Von den pulverförmigen Mitteln kommt der Alaun, das Jodoform und die Borsäure in Betracht. Von dem Alaun wäre zu wünschen, dass er gänzlich aus dem otiatrischen Arzneischatz verschwinde. Er nützt nichts und verlegt die Lücke des Trommelfelles, so dass der Eiter in der Paukenhöhle zurückgehalten wird. Jodoform bleibt für tuberculöse Otorrhoe beschränkt. Sein übler Geruch und der Umstand, dass er nach den Erfahrungen von *Bürkner* und des Verfassers Abscesse im äusseren Gehörgang verursacht, schliesst es von der Behandlung der gewöhnlichen Otorrhoe aus. Das souveräne Mittel bleibt die Borsäure, die nach Ausspritzung und Reinigung der Paukenhöhle in dünner Schichte eingeblasen wird. Die geringe Menge Borsäure wird selbst bei mässiger Secretion gänzlich absorbirt. Bleibt die Borsäure

liegen, so nimmt sie bei noch bestehender Secretion eine missfärbige, durchfeuchtete. Beschaffenheit an, während sie bei trockener Beschaffenheit des Gehörganges nach einiger Zeit von selbst herausfällt.

Literatur.

157. ***Versuch einer Darstellung unserer heutigen Kenntnisse in der Lehre von der Aphasie.*** *Von Dr.* ***E. Malachowski*** *in Breslau. (Volkmann's klin. Vortr. Nr. 324.)*

Das Endziel der auf die Erforschung der Gehirnphysiologie gerichteten Bestrebungen ist unstreitig das, die Innervationsbahnen kennen zu lernen, welche den geistigen Vorgängen dienen, und zwar ihren Verlauf und ihre Endigungen im Centralnervensystem, sowie die Verknüpfung der vielen einzelnen, jeder bestimmten Function dienenden Bahnen mit einander. Ist dieses Ziel erreicht, so gewinnen wir einen Einblick in die Mechanik physischer Vorgänge und können nun aus der an der einen oder anderen Stelle dieser Bahnen stattfindenden Unterbrechung die Störungen dieser Functionen verstehen lernen. Soweit wir aber im Allgemeinen noch von diesem Ziele entfernt sind, einen so grossen Schritt vorwärts in dieser Richtung haben wir in der Erforschung der Sprache gethan, u. zw. nicht auf dem Wege des Experimentes, sondern auf dem Wege klinischer Forschung durch Analysirung der so überaus mannigfachen Störungen der Lautsprache und der untrennbar mit dieser verknüpften Schriftsprache. Mit dem vorliegenden Aufsatze nun verfolgt Verf. den Zweck, den jetzigen Standpunkt unserer Kenntnisse von der Physiologie der Sprache und ihrer Localisation im Gehirne zu fixiren. Inwieweit dies nun dem Verf. gelungen ist, darüber möge sich der Leser dieser interessanten Arbeit selbst sein Urtheil bilden, umsomehr, als ein näheres Eingehen in die Details der mit vielen graphischen Darstellungen versehenen Broschüre nicht thunlich ist. *v. Buschman.*

158. ***Zur Einführung in das Studium des Hypnotismus und des thierischen Magnetismus.*** *Von* ***Ferdinand Maack****. Berlin, Heuser, 1888.*

Das Buch hält in der That, was sein Titel verspricht; es ist ein Leitfaden für solche, die sich ein wenig auf dem Gebiete der Hypnose und Suggestion belehren lassen wollen, ohne tiefer in deren Geheimnisse einzudringen. Es bespricht anfangs in sehr fasslicher Darstellung die Natur und Erscheinungsweise der Hypnose und der Suggestionen, theilt die letzteren in nichthypnotische und hypnotische; jene zerfallen wieder in Selbstsuggestionen, Fremdsuggestionen und gemischte Suggestionen. Von den Mitteln, den hypnotischen Schlaf herbeizuführen, bespricht Verf. die peripheren Sinnesreize verschiedener Art, psychische Reize, natürlichen Schlaf, anorganischen Magnetismus, Elektricität, medicamentöse Substanzen und schliesslich den eigenen Willen. Den Schluss bildet eine Aufzählung der hervorragendsten bisher beobachteten Erscheinungen in der Hypnose. Das 25 Seiten starke, gut ausgestattete Buch bietet eine angenehme, belehrende Lectüre. *v. Buschman.*



Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

159. ***Ueber die allgemeinen Denkfehler der Menschen.*** *Von Prof.* **Sigmund Exner,** *Wien. Nach dem Vortrage gehalten in der allgem. Sitzung der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 46.)*

Das Nervensystem der Menschen und Thiere hat im Allgemeinen die Tendenz, gegen die Eindrücke der Aussenwelt so zu reagiren, wie es im Grossen und Ganzen zweckdienlich, d. h. zur Erhaltung des Individuums und seiner Nachkommenschaft vortheilhaft ist. Es reagirt als Mechanismus auch dann so, wenn diese Reactionsweise im einzelnen Ausnahmefalle unzweckmässig ist. An der Hand der Instincte verschiedener Thiere wird gezeigt, dass dieselben zwar zu den oft bewunderten Leistungen und Gebahrungsweisen führen, dass aber die Einzelhandlungen, die ein Thier dabei ausführt, demselben nur in der Combination mit dem ganzen Complexe nervöser Vorgänge und Zustände, welche dem Instincte angehören, möglich ist. Ein Vogel kann noch so geschickt im Nestbau sein, die Fäden noch so gut verflechten: in einer Schlinge gefangen wird ihm diese Geschicklichkeit nicht zur Verfügung stehen, um sich durch dieselbe von einer Schlinge zu befreien. Er kann nun nicht flechten, er versucht es nicht einmal, diese seine Kunstfertigkeit zu verwerthen. Die Instincthandlungen zeigen also eine gewisse Starrheit ihrer Combinationen; es kann nicht ein Theil der ganzen Combination (die Thätigkeit des Flechtens beim Nestbau) isolirt in Anwendung kommen, und dieselben laufen auch ab, wenn sie im speciellen Falle zwecklos sind (Bruthenne ohne Eier). Eine analoge Starrheit zeigt sich auch bei den höheren Leistungen des Nervensystems, bei Leistungen, die den Verstandeshandlungen schon näher stehen. Der Jagdhund überwindet gelegentlich mit ausserordentlichem Geschick Terrainschwierigkeiten; er kann auch Knochen in seine Hütte tragen oder forttragen, um sie zu verscharren. Niemals aber wird er z. B. einen ihm den Weg versperrenden dürren Ast bei Seite tragen, auch wenn ihm das physisch ein Leichtes wäre. Die bei der Ueberwindung von Terrainschwierigkeiten verwertheten nervösen Impulse bilden also eine Combination, die bei der Vertheidigung und Verwahrung seiner Nahrung in Action tretenden Impulse bilden auch eine Combination; beide aber sind so starr, dass die in der einen Combination enthaltene Fertigkeit (das Forttragen) in die andere nicht einbezogen werden kann. In Bezug auf das Vorwärtskommen steht dem Hunde eine Fähigkeit mit dem Maul zu tragen nicht zu Gebote, er hat sich gleichsam vergessen. Je starrer derartige Combinationen sind, desto näher steht die Handlungsweise des Thieres der instinctiven; je lösbarer die Combinationen sind, d. h. in je mannigfaltigeren Fällen dem Thiere eine, ihm von der Natur verliehene Fähigkeit thatsächlich zur Verfügung steht, desto mehr nähert sich sein Gebahren der Verstandeshandlung. Auch der Mensch hat Instincte, dadurch charakterisirt, dass gewisse Actionen in starren Combinationen so ausgeführt werden, wie sie im Grossen und Ganzen zweckdienlich sind. Es sind das die Reflexe. Der Mensch blinzelt bei Berührung des Auges. Er thut es auch, wenn es im speciellen Falle überflüssig oder schädlich ist, wie bei einer Augenoperation, sowie die Bruthenne auch ohne Eier brütet. Der Mechanismus fungirt entsprechend dem allgemein zutreffenden und nimmt auf den speciellen Ausnahmefall keine Rück-

sicht. Diese Eigenthümlichkeit nun findet sich, von den niedrigsten Functionen des Nervensystems angefangen bis zu den höchsten, jenen des Denkvermögens, immer wieder und bildet die Grundlage der typischen allgemeinen Denkfehler, immer handelt es sich um eine Functionsweise unseres Nervensystems, wie sie in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle zutreffend ist, bei Uebersehung des Speciellen im vorliegenden Ausnahmefalle. Es wird gezeigt, dass die grösste Zahl der Sinnestäuschungen hierauf beruht. Ein auf den Bulbus wirkender Druck erzeugt eine Lichterscheinung an einem bestimmten Orte, weil in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle sich eben an jenem Orte im Raume ein helles Object befinden muss, wenn diese Netzhautstelle in Erregung sein soll. Hier tritt der Eindruck noch wie ein Reflex mit zwingender Gewalt ein, ob wir den Druck als Ursache kennen oder nicht. Aber auch Täuschungen, die der Sinnessphäre schon mehr entrückt sind, kommen noch auf demselben Wege zu Stande. Alle Taschenspielerkünste rechnen mit dieser Eigenthümlichkeit unserer nervösen Processe. In allen diesen Fällen pflegen wir uns der Täuschungen, denen wir unterliegen, noch unbewusst zu sein. Es gibt aber allgemeine Denkfehler, über welche nicht mehr alle Menschen aufgeklärt werden können. Aufsteigend zu immer complicirteren psychischen Leistungen, bespricht der Vortr. die Fehlwirkungen derselben. Es mögen hier nur die auf die Glücksspiele Bezug nehmenden Vorurtheile angeführt sein. Wenn der Lotteriespieler glaubt, eine Nummer, die lange nicht gezogen wurde, habe grössere Wahrscheinlichkeit, demnächst zu gewinnen, als die anderen, so beruht dies auf dem im Grossen und Ganzen richtigen Gedanken, dass im Laufe der Zeit alle Nummern gleich oft gezogen werden. Diesem Gedanken associirt sich die Erinnerung daran, dass die einzige weisse Kugel um so wahrscheinlicher jetzt aus der Urne gehoben wird, je mehr schwarze Kugeln schon vorher gehoben wurden; dass ein gewisser Baum in einem zu fällenden Walde um so sicherer heute unter die Axt kommt, je mehr andere Bäume des Waldes schon vorher gefällt wurden u. s. w. Der Lotteriespieler begeht deshalb einen Denkfehler, weil er das Specielle des vorliegenden Falles, dass nämlich nach jeder Ziehung wieder alle Nummern in die Urne gelegt werden, nicht in Betracht zieht. Auch der Ausspruch: „jener Mensch habe Glück im Spiele", beruht auf einem Denkfehler. Es kann Jemand Glück im Spiele gehabt haben, nicht aber im Allgemeinen haben. Das gewöhnlich Zutreffende bei diesem Denkfehler ist der Umstand, dass wir mit Recht die Erlebnisse eines Menschen mit seinen Eigenschaften in Beziehung bringen; so sprechen wir ihm auch hier eine Eigenschaft zu, indem wir ihn „glücklich im Spiele" nennen, und übersehen dabei das Specielle, dass die Vertheilung z. B. der Spielkarten unmöglich von dem Betheiligten abhängen kann. Aber nicht nur im alltäglichen Leben finden wir diese typischen Denkfehler, auch in die Kunst und Wissenschaft sind dieselben vorgedrungen. Der Vortragende zeigt, dass dieselben im Gebiete der ersteren, welche nicht nach wahr und falsch, sondern nach schön und unschön fragt, frei walten, ja in gewissem Sinne die Grundlage des künstlerischen Schaffens und des künstlerischen Gewissens bilden. Hier handelt es sich immer um das allgemein Zutreffende; das Specielle des vorliegenden Falles bleibt ausser Betracht. Ein Balcon, der von zwei horizontalen Eisenschienen getragen wird, ist unschön, der Beschauer verlangt stützende, aus der Mauer herauswachsende Consolen, um den Eindruck der Sicherheit zu gewinnen, ohne welchen der der Schönheit nicht möglich ist. Es entspricht das



dem allgemein richtigen Verhältnisse zwischen dem Tragenden und dem Getragenen; das Specielle des Falles, die Verwerthung des Eisens mit seiner Tragfähigkeit, sowie die correcteste Berechnung desselben, die gelungene Belastungsprobe u. s. w. kommt bei diesem Urtheile über die Schönheit nicht in's Spiel. Ein ähnliches Verhalten unseres Schönheitsgefühls lässt sich für alle Gebiete der Kunst erweisen. Um zu zeigen, dass dieselben typischen und allgemeinen Denkfehler auch der Wissenschaft nicht fremd sind, führt der Vortr. das Sophisma des Zeno von Elea an, das seit 2000 Jahren bis in die jüngste Zeit Gegenstand philosophischer Erörterungen ist. Nach demselben kann *Achilles* eine Schildkröte im Laufe nicht einholen, weil er erst eine Weile laufen muss, um seine Entfernung von der Schildkröte zu halbiren, dann muss er noch laufen, um sie auf $^1/_4$, dann, um sie auf $^1/_8$, dann auf $^1/_{16}$ u. s. w. zu verringern. Da er also immer noch eine Weile braucht, um den Rest der Entfernung nochmals zu halbiren, so kann er die Schildkröte nicht erreichen. Auch hier beruht der Denkfehler darauf, dass das im Allgemeinen Zutreffende in unserem Denkvorgängen prävalirt; es besteht hier darin, dass eine unendliche Reihe von Zeittheilchen eine unendlich grosse Summe ergeben muss. Das Specielle des Falles ist übersehen worden, dass nämlich, wenn die Glieder dieser unendlichen Reihe nach dem hier waltenden Gesetze an Grösse abnehmen, die Summe nicht unendlich gross ist. Es ist dieses Specielle übersehen worden, obwohl Jedermann eine Meterlänge in dieselbe unendliche Anzahl von nach dem Gesetze abnehmenden Gliedern zerlegt denken kann, deren Summe aber doch nur 1 Meter ist, da er die Glieder ja selbst daraus gebildet hat. Von der Bruthenne, welche ihr leeres Nest bebrütet, bis zu dem Problem des Zeno von Elea zieht durch Thier und Mensch eine continuirliche Kette von Denkfehlern, sämmtlich darauf beruhend, dass das Nervensystem der Aussenwelt gegenüber so fungirt, wie es in der grossen Mehrzahl der Fälle, nicht aber in dem vorliegenden speciellen Ausnahmefall zutreffend ist, und deren typische Art uns einen Einblick in die phylogenetische Entwicklung und in die Mechanik des Denkprocesses, diesen im weitesten Sinne genommen, gestattet.

Kleine Mittheilungen.

160. ***On the effect of glycerine on the quality of secretion poured in the vagina.*** *Von Dr.* ***Herman.*** *(Obstetrical society of London. — Lancet. 1888. XII. 15.)*

Herman hat die Beeinflussung der Secretmasse in der Vagina durch Glycerin-Wattetampons und Glycerin-Gelatinepessarien dahin aussprechen zu können geglaubt, dass eine an und für sich mässige Secretionsmenge bei Glycerinapplication zunahm, aber eine derartige, an und für sich reichliche, keine Vermehrung fand.

Friedheim, Leipzig.

161. ***Hydroxylamin als Arzneimittel.*** Nachdem das wichtigste Salz des Hydroxylamins, das salzsaure Hydroxylamin, als Reductionsmittel in der Photographie und analytischen Chemie empfohlen worden war, wurden mit demselben, eben seiner reducirenden Eigenschaften wegen, auch therapeutische Versuche angestellt. Nach Ansicht von *C. Binz* dürfte dasselbe wohl die Pyrogallussäure und das Chrysarobin in der Dermatologie zu ersetzen vermögen; es ist stark reducirend wie diese und hat den Vorzug, die Haut, die Wäsche und das Verbandmaterial unverfärbt zu lassen.

(Archiv d. Pharmacie. 1888. December.)

162. ***Ein neues Anthelminthicum.*** *Von Dr.* ***Parisi.*** *(Γαληνὸς Ἀθῆναι ΙΗ' 1888. 21. — Schmidt's Jahrb. 1888. 12.)*

Parisi, Prof. an der Universität zu Athen, hat zufällig entdeckt, dass die Cocosnüsse anthelminthische Eigenschaften haben. Er ass das Endocarpium einer Nuss, nachdem er den Saft derselben getrunken hatte. Nach 2 Stunden bemerkte er eine gewisse Uebelkeit und Magenbeschwerden und eine leichte Diarrhöe. Am folgenden Morgen entleerte er eine todte Taenia sammt Kopf. Vermuthend, die Cocosnuss habe diese Wirkung gehabt, befrug er die Einwohner Abessyniens darüber, aber keinem war diese Wirkung bekannt. In Athen wiederholte er die Wahrnehmung. In 6 Fällen hatte die Nuss dieselbe Wirkung. Dieses Mittel ist den anderen Anthelminthicis vorzuziehen, weil keine Vorbehandlung nothwendig ist. Am folgenden Tage soll die Taenia ganz, d. h. sammt Kopf, entleert werden.

163. ***Grössenwahn; plötzlicher Tod wegen Herzruptur.*** *Von* ***Meilhon.*** *(Annales méd.-psychologiques. 1888. — Neurolog. Centralbl. 1888. 20.)*

Eine 52jährige, anscheinend gesunde Person, welche an ehrgeizigen Wahnvorstellungen litt, stürzte unter starken Congestionserscheinungen zum Kopf zusammen und starb kurze Zeit nachher plötzlich. Die Section ergab eine Ruptur des hypertrophischen und stark fettig degenerirten Herzens. Die hintere Wand des kaum 1 Cm. Stärke aufweisenden linken Ventrikels war eingerissen. Der Riss schräg verlaufend, $2^1/_2$ Cm. lang, und etwa 5 Mm. klaffend, die Ränder buchtig unregelmässig. Das Gehirn zeigte sich in lebhaftester Hyperämie und wies in dem linken Thalamus opticus einen kleinen älteren Herd auf.

164. ***Selbstmord-Monomanie.*** ***Laugier*** berichtet in der Académie de Méd., Paris (Sitzung vom 4. December 1888) von einer 63jährigen Irrsinnigen, welche in ihrer Zelle todt gefunden wurde, ohne dass eine Spur eines Kampfes oder Widerstandes den Verdacht eines Mordes nahelegte. Durch die Autopsie wurde festgestellt, dass die Frau sich ausser 12 unfreiwilligen Wunden an der Handfläche noch 142 Schnittwunden beibrachte, von denen 6, am Halse und der Nabelgegend sitzend, tödtlich waren. Ein seltenes Beispiel von Zerstörungswuth und Unempfindlichkeit eines Irrsinnigen. (Deutsch. med. Zeitg. 1888. 104.)

165. ***Behandlung des Erysipels mit einer phenolhältigen Lösung von Gummi arabicum.*** *Von Dr.* ***Nolte.*** *(Allg. med. Central-Zeitg. 1888. 15. Dec.)*

Die angewendete Gummilösung enthält 3—5% Carbolsäure; sie wird zweimal des Tages auf die ergriffenen Stellen aufgestrichen und eintrocknen gelassen. Bei diesem Verfahren sollen die Erysipelcoccen an Ort und Stelle getroffen und deren weitere Ausbreitung gehindert werden. Nach Verfasser ist das Verfahren sehr wirksam.

166. ***Gegen Larynxphthise*** empfiehlt ***F. Jngalls*** (L'Union méd. 1888. 8. — Deutsch. med. Zeitg. 1888. 2) Einpinselung des Larynxeinganges 1—2mal täglich mit folgender Lösung:

Rp. *Morph. muriat. 0·2*
Ac. carbol. 1·5
Ac. tannic. 1·5
Glycerin. neutr.
Aq. dest. ana 16·0
M. D. S.

In der Zwischenzeit wendet man die mit der 2—3fachen Menge Wasser verdünnte Lösung in Form von Zerstäubungen an. *Bk.*

167. ***Ueber Cystitis.*** *Von* ***Stokes.*** *(Lancet. 1888. XII. 1.)*

Stokes ist der Ansicht, dass Papillome der Blasenschleimhaut ausgesprochene Tendenz zur carcinomatösen Entartung besitzen. Er glaubt, dass in einer sehr grossen Zahl von Fällen das Vorstadium von Krebs der Blase in Papillombildung besteht. *Friedheim,* Leipzig.

— Die Firma *Heinrich Mattoni* in Franzensbad versendet an ärztliche Kreise einen Block-Kalender, dessen einzelne Tage einen Hinweis auf die von ihr in den Handel gebrachten Mineralwässer und Quellenproducte enthalten. Dank der geschmackvollen Ausstattung des Kalenders, welcher das Nützliche mit dem Angenehmen paart, findet derselbe überall freudige Aufnahme.

Der achte Congress für innere Medicin findet vom 15.—18. April 1889 zu Wiesbaden statt. Das Präsidium desselben übernimmt Herr *v. Liebermeister* (Tübingen). — Herr *Schultze* (Bonn) wird eine Gedächtnissrede auf Herrn *Rühle* halten. Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Montag den 15. April: Der Ileus und seine Behandlung. Referenten: Herr *Curschmann* und Herr *Leichtenstern*. — Mittwoch den 17. April: Die Natur und Behandlung der Gicht. Referenten: Herr *Ebstein* und Herr *Emil Pfeiffer*. — Folgende Vorträge sind angemeldet: Herr *Immermann* (Basel): Ueber die Functionen des Magens bei Phthisis tuberculosa. — Herr *Petersen* (Kopenhagen): Ueber die Hippokratische Heilmethode. — Herr *Fürbringer* (Berlin): Ueber Impotentia virilis. — Herr *L. Lewin* (Berlin): Ueber Arzneibereitung und Arzneiwirkung.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Strübing, Dr. Docent in Greifswald. Pseudostimme nach Ausschaltung des Kehlkopfes, speciell nach Exstirpation desselben. (Sep.-Abdr. d. Deutsch. med. Wochenschr. 1888. 52.) Leipzig und Berlin, Verlag von Georg Thieme. 1888.

Snyers, Dr. Paul, De l'emploi du calomel comme diuretique. Clinique de M. le Professeur Masius. Liège 1888.

Vogl, Dr. A., Oberstabsarzt in München. Zur Typhus-Therapie. Separatabdruck aus der „Deutschen medicinischen Wochenschrift“, 1888, 48 u. 49. Leipzig und Berlin, Verlag von Georg Thieme, 1888.

Vogl, Dr. A., Oberstabsarzt in München. Der Typhus im Münchener Garnisonslazareth unter dem Einfluss der methodischen Bäderbehandlung (Brand). Separatabdruck aus dem Deutsch. Archiv für klin. Medicin. XLIII und XLIV. Band. Leipzig, Druck von J. B. Hirschfeld, 1889.

Wiener freiwillige Rettungs-Gesellschaft. Acht gemeinverständliche Vorträge, gehalten im Festsaale des k. k. akademischen Gymnasiums in Wien im November und December 1888. (Herausgegeben im Auftrage der Wiener freiwilligen Rettungs-Gesellschaft vom Schriftführer dieser Gesellschaft.) Achte Folge. 1881—1888. Wien 1889, Verlag der Wiener freiwilligen Rettungs-Gesellschaft.

Zeitschrift für physiologische Chemie, herausgegeben von *Hoppe-Seyler*, Prof. an der Universität Strassburg. XIII. Band, 3. Heft.

Inhalt: *S. Jolin*, Ueber die Säuren der Schweinegalle. II. — *L. v. Udranszky*, Ueber Furfurolreactionen. III. Mittheilung. VI. Ueber die Verharzung des käuflichen Amylalkohols. VII. Ueber den Nachweis von Fuselöl in Spirituosen. — *E. Salkowski*, Ueber die Bildung von flüchtigen Fettsäuren bei der ammoniakalischen Harngährung. — *H. Thierfelder*, Untersuchungen über die Glycuronsäure. 2. Mittheilung. — *G. Hüfner*, Ueber die Tension des Sauerstoffs im Blute und in Oxyhämoglobinlösungen. II. Mittheilung. — *J. Pohl*, Bemerkungen über künstlich dargestellte Eiweissnucleïne. — *A. Kossel*, Ueber das Theophyllin, einen neuen Bestandtheil des Thees.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Medicinische Novitäten

aus dem Verlage von

Urban & Schwarzenberg in Wien und Leipzig.

Barański, Dr. Anton, Professor an der k. k. Thierarzneischule in Lemberg. **Anleitung zur Vieh- und Fleischschau** für Stadt- und Bezirksärzte, Thierärzte, Sanitätsbeamte, sowie besonders zum Gebrauch für Physikats-Candidaten. Mit gleichmässiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. Dritte gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 6 Holzschnitten. Gr. 8. [IV und 248 S.] Preis: 2 *fl.* 40 *kr.* = 4 *M.* broschirt; 3 *fl.* 30 *kr.* = 5 *M.* 50 *Pf.* eleg. geb.

Benedikt, Dr. Mor., Kraniometrie und Kephalometrie. Vorlesungen gehalten an der Wiener Allgemeinen Poliklinik. Mit 36 Holzschnitten. Gr. 8. [VIII u. 174 S.] Preis: 3 *fl.* = 5 *M.* broschirt; 3 *fl.* 90 *kr.* = 6 *M.* 50 *Pf.* eleg. geb.

Bum, Dr. Anton, Die Massage in der Neuropathologie. (Wiener Klinik 1888, Heft 1.) Preis: 45 *kr.* = 75 *Pf.*

Coën, Dr. Rafael, in Wien. **Die Hörstummheit und ihre Behandlung.** Mit 2 Holzschnitten. (Wiener Klinik 1888, Heft 7.) Preis: 45 *kr.* = 75 *Pf.*

Derblich, Dr. W., k. k. Oberstabsarzt I. Cl. d. R. **Der Militärarzt im Felde.** Mit gleichmässiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Vorschriften. [X u. 192 S.] Preis: 1 *fl.* 80 *kr.* = 3 *M.* geb.

Diamantopulos, Dr. Georg, Arzt in Smyrna. **Ueber den Typhus icterodes von Smyrna.** Eine klinische und historisch-geographische Studie. [136 S.] Gr. 8. Preis: 1 *fl.* 80 kr. = 3 *Mark* broschirt.

Eichhorst, Dr. Hermann, o. ö. Professor der speciellen Pathologie und Therapie und Director der medicin. Universitäts-Klinik in Zürich. **Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für praktische Aerzte und Studirende.** Dritte umgearbeitete und vermehrte Auflage. IV. Band: Krankheiten des Blutes und Stoffwechsels und Infectionskrankheiten. Mit 91 Holzschnitten. Gr. 8. [VIII u. 752 S.] Preis: 6 *fl.* 60 *kr.* = 11 *M.* broschirt; 7 *fl.* 80 *kr.* = 13 *M.* eleg. geb.

Fothergill, J. Milner. Therapeutisches Hilfsbuch zur rationellen Behandlung in der internen Praxis. Für Aerzte und Studirende. Autorisirte Uebersetzung von **Dr. I. Krakauer.** [II u. 156 S.] Preis: 1 *fl.* 80 *kr.* = 3 *M.* geb.

— — **Die Leberdyspepsie und Biliosität, ihre Ursachen und Behandlung.** Autorisirte deutsche Bearbeitung von **Dr. I. Krakauer** in Wien. (Wiener Klinik 1888, Heft 8 und 9.) 90 *kr.* = 1 *M.* 50 *Pf.*

Fraenkel, Dr. Alex., Regimentsarzt in Wien. **Ueber die kriegschirurgischen Hilfeleistungen in der ersten und zweiten Linie.** Mit 1 Holzschnitt. (Wiener Klinik 1887, Heft 11 und 12.) Preis: 90 *kr.* = 1 *M.* 50 *Pf.*





Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

168. ***Ueber psychische Infection.*** *Von* ***R. Wollenberg.*** *(Archiv f. Psychiatrie. 1888. Bd. XX. H. 1.)* und

169. ***Inducirtes Irresein.*** *Von* ***Jörger.*** *(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 45. 4. H.)*

Wollenberg scheidet vom Begriffe der psychischen Infection die Emotionspsychosen, bei welchen die primäre Psychose sich nur wie eine beliebige andere Gelegenheitsursache verhält, ganz aus. Bei den echten Fällen der Infection unterscheidet er vier Fälle: 1. Folie communiquée, die Person B. acceptirt Wahnideen von A. und baut sie weiter aus. 2. Folie imposée. B. scheint nur die Wahnideen von A. zu acceptiren; von A. getrennt gibt er sie alsbald wieder auf. 3. Die Psychose von B. ist nur anfangs der von A. congruent, später nimmt sie einen selbstständigen Verlauf. 4. Folie simultanée, die gegenseitige Beeinflussung beginnt erst, nachdem die Psychose bei A. und B. selbstständig begonnen hat. Das Vorkommen solcher Fälle ist unsicher.

Jörger unterscheidet zwei fundamental verschiedene Arten der Uebertragung von Geistesstörungen von einer Person auf andere Personen: 1. Uebertragung auf dem Wege der Emotion, 2. Uebertragung durch Implantation der Wahnideen. Zu 1.: *a)* Die primär erkrankte Person spielt bei der Uebertragung eine unbewusste Rolle. *b)* Der Inhalt der primären Psychose kommt bei der Uebertragung als wirksame Ursache nicht in Betracht. *c)* Die wirkende Ursache der Uebertragung ist die äussere Erscheinung der primären Psychose. *d)* Die secundär erzeugten Psychosen sind heilbare Psychoneurosen und einfache Neurosen. *e)* Die Uebertragung ist eine acute oder eine subacute. Zu 2.: *a)* Die primär erkrankte Person spielt bei der Uebertragung eine bewusste active Rolle. *b)* Der Inhalt der primären Psychose wirkt als solcher im Sinne der Uebertragung; er muss logisch geordnet und relativ wahrscheinlich sein. *c)* Wirkende Ursachen der Uebertragung sind der Inhalt der primären Psychose und die Activität der primär erkrankten Person. *d)* Die secundär erzeugte Psychose ist eine systematische Wahnsinnsform. *e)* Die Uebertragung ist eine subacute oder chronische. Dr. *Offer.*

170. ***Zur Casuistik des lipogenen Diabetes mellitus.*** *Von Prof. Dr.* ***E. Heinrich Kisch*** *in Prag-Marienbad. (Int. kl. Rundschau. 1888. 52.)*

Als lipogenen Diabetes hat Prof. *Kisch* jene nach seinen Beobachtungen häufig vorkommenden Fälle von Diabetes mellitus bezeichnet, welche als Folgeerscheinung der Lipomatosis universalis angesehen werden müssen. Er theilt nun 4 von ihm in der letzten Cursaison in Marienbad beobachtete derartige Fälle mit. Der erste dieser Fälle ist typisch für die nach dem Verf. gewöhnliche Art des Ueberganges von Lipomatosis universalis zum Diabetes. Personen, bei denen sich die übermässige Fettentwicklung als hereditär erweist und bedeutende Dimensionen annimmt, verlieren allmälig von ihrer Fettfülle, ihr Allgemeinbefinden ist gut, nur der Durst ist vermehrt und die Untersuchung des Harnes ergibt plötzlich einen constanten, wenn auch nicht sehr bedeutenden Zuckergehalt. In dem zweiten Beobachtungsfalle erscheint der Uebergang von der Lipomatosis universalis zum Diabetes noch durch temporäre Glycosurie vermittelt, welche ein Jahr vor der Erkrankung an Diabetes auftrat; im dritten Falle zeigt sich bei einer hochgradig fettleibigen Tochter einer an Diabetes leidenden (früher fettleibigen) Mutter vorübergehend Auftreten von Zucker im Harne. Der vierte Fall gestaltet sich durch die hereditären Verhältnisse interessant. Eine Familie mit hereditärer Fettleibigkeit, wo einige Mitglieder fettleibig, andere Diabetiker sind und wo bei der enorm fettleibigen jungen Frau bereits temporäre Glycosurie auftritt. *Kisch* verwirft die Anschauung, dass dem lipogenen Diabetes wie der Lipomatosis universalis eine angeborene, abnorme Beschaffenheit der Gewebszellen zu Grunde liege, durch welche in den letzteren in dem einen Falle die Fette ungenügend verbrannt, in dem anderen der Zucker nicht wie in der Norm verbraucht (nicht vollends fermentirt und auch nicht oxydirt) wird. Die hereditäre Anlage zu diesen beiden Ernährungsstörungen kommt bei den Mitgliedern einer Familie nach der einen oder anderen Richtung zur Entwicklung, oder macht sich unter begünstigenden Umständen derart geltend, dass sich bei einem Individuum beide Stoffwechselerkrankungen zeitlich nach einander entwickeln, wobei die Lipomatosis universalis die Vorstufe zu dem verwandten Vorgange des Diabetes bildet. In allen Fällen, wo sich die Fettleibigkeit erblich erweist, in früher Jugend bereits zur Entwicklung gelangt, sehr rasch vorschreitet und sehr bedeutende Dimensionen annimmt, muss man nach *Kisch* auf den Uebergang der bezeichneten Stoffwechselerkrankung in Diabetes mellitus gefasst sein, und nimmt Verf. nach seinen Erfahrungen an, dass in mehr als der Hälfte der Fälle hochgradiger hereditärer Lipomatosis universalis sich Diabetes entwickelt. Aber auch jene, in der Minderzahl befindlichen Fälle von Fettleibigkeit, welche ohne nachweisbare hereditäre Anlage in Folge unzweckmässiger Lebensweise, also als eigentliche Fettmästung sich entwickeln, zeigen, wenn sie lange Zeit dauern und nicht durch geeignete Massregeln bekämpft werden, zuweilen Neigung zum Diabetes. Bei diesen nicht hereditären Fällen tritt nach *Kisch* nur in etwa 15 Procent derselben Diabetes mellitus ein. In solchen

Fällen wäre zur Erklärung der Wechselbeziehung dieser beiden Stoffwechselerkrankungen anzunehmen, dass dieselben diätetischen Fehler, welche eine hochgradige Fettleibigkeit herbeiführen, sich auch erfahrungsgemäss unter den prädisponirenden Ursachen für Diabetes befinden. *Kisch* möchte aber ausserden in den durch die hochgradige Lipomatosis gesetzten Veränderungen in den Muskeln, in der Durchwachsung derselben von Fett, der Auseinanderzerrung der Muskelfibrillen und fettigen Degeneration der letzteren einen Erklärungsgrund für jenen Connex finden und annehmen, dass durch die angedeuteten pathologischen Veränderungen in den Muskeln des Lipomatösen ihre Fähigkeit herabgemindert worden sei, den Zucker in Glycogen zu verwandeln. *R.*

171. ***Gehirnsymptome bei der eitrigen Pleuritis.*** *Von Dr. de Cérenville in Lausanne. (Revue de la Suisse romande. 1888. 1 u. 2. — Neurolog. Centralbl. 1888. 22.)*

Verf. beschreibt eine bisher in Deutschland noch wenig beschriebene Affection, nämlich das Auftreten von epileptischen, respective epileptoiden Anfällen nach Empyemoperationen. Er stellt 21 Fälle (von *Aubonin, Martin, Zimmer* in Aubonne und *Billroth* [2], sowie 6 von Verf. selbst) zusammen, in welchen derartige Anfälle auftraten, und zwar Wochen nach der Operation: in 13 Fällen nur dreimal vor der 5. Woche, siebenmal zwischen der 5. und 10. Woche, dreimal nach der 10. Woche post operationem. — Meist ganz plötzlich, während einer Ausspülung der Pleurahöhle, oder auch bei Einführung eines neuen Drains, oder gar bei blosser Sondirung der Wunde bricht ein vollständiger epileptischer Anfall aus. Die Krämpfe treten meistens auf einer Seite stärker auf als auf der anderen, doch ist die operirte Seite nicht immer die stärker betheiligte, wie *Aubonin* und *Martin* angeben. In seltenen Fällen kommt es nur zu Schwindel oder Ohnmacht. Sprachstörungen, Paresen einzelner Glieder, Schmerzen, vasomotorische Störungen, Amaurose und Gesichtsstörungen anderer Art (Flimmern, Funken) bestehen mehr oder weniger lange Zeit nach den Anfällen. Während die Anfälle selbst von fünf Minuten bis $1^1/_2$ Stunden, ja als intermittirende Anfälle bis 2 und sogar 6 Tage dauern, haben die Folgeerscheinungen eine Dauer von einigen Minuten bis Tagen; Fälle mit bleibenden Symptomen (Monoplegien etc.) beruhen auf besonderen Störungen (sogenannte hemiplegische Form). — Die Sectionen ergaben im Ganzen nur einen negativen Gehirnbefund, doch dürften in den Fällen bleibender Lähmungen mit Atrophie u. s. w. doch palpable Veränderungen vorliegen. Pathologisch nimmt Verf. einen von der Pleura ausgehenden Reflexreiz an, welcher auf die vasomotorischen Centren wirkt. Bemerkenswerth ist mitunter eine auffallende Berührungsempfindlichkeit der Operationswunde, resp. der Pleura, wobei die Pupillen sich erweitern oder ungleich werden. Im Anfall sind Reizmittel am Platze, bei anhaltenden Convulsionen Chloroformeinathmungen. Von den vom Verf. zusammengestellten 21 Fällen endeten 6 letal, doch zum Theil nicht direct in Folge der Gehirnerscheinungen; in 4 dieser Fälle lagen Herzanomalien vor.

172. ***Ueber Pleuritis pulsans.*** *Von Dr.* ***Gaetano Rummo.*** *(La riforma med. 1888. 219—222. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 2.)*

Auf Grund experimenteller Untersuchungen und klinischer Beobachtungen gelangt Verf. zur Aufstellung der folgenden Sätze: 1. Man muss einen Unterschied machen zwischen dem sichtbar fühlbaren Puls bei Pleuritis pulsans — Pulsus esopleuricus –, der alle Eigenschaften des positiven Pulses hat, und zwischen dem latenten Puls — Pulsus endopleuricus —, den man erst sichtbar machen und aufzeichnen kann, wenn man den Pleuraraum mit einem Manometer und zugehöriger Schreibvorrichtung verbindet. 2. Zum Zustandekommen des endopleuralen Pulses ist die Anwesenheit eines reichlichen pleuralen Ergusses nöthig, zumal eines linksseitigen, welcher einen starken positiven Druck ausübt, der das Herz verdrängt, die Lunge comprimirt. 3. Zum Zustandekommen des esopleuralen Pulses ist erforderlich neben den Voraussetzungen für den endopleuralen Puls eine ausgeprägte Auswölbung der Intercostalräume. Das Phänomen ist classisch ausgeprägt, wenn die Lähmung der Intercostalmuskeln den höchsten Grad erreicht hat und wenn eine Verschwärung und Durchbrechung der Pleura costalis erfolgt ist (Empyema necessitatis). 4. Alle Bedingungen, welche dazu beitragen, die Annäherung des Herzens und des Pleurasackes, der den Erguss beherbergt, zu verstärken (z. B. rechte Seitenlage bei linksseitiger Pleuritis) und die Herzthätigkeit zu vermehren, machen den endopleuralen Puls sowohl wie den esopleuralen deutlicher. 5. Die Natur des Ergusses hat wenig Einfluss auf die Sinnfälligkeit des Phänomens. Wenn das Phänomen der Pleuritis pulsans vorwiegend häufig bei Gegenwart eines eitrigen Exsudates auftritt, so ist das nicht Folge der Natur des Ergusses, sondern Folge der grösseren Spannung der Wände des Pleurasackes und der fast ausnahmslosen Atelectase und Sclerose der Lungen beim Empyem. 6. Zwischenlagerung eines Lungenrandes zwischen Herz und Pleurasack, Adhäsionen zwischen Herz und Herzbeutel und Pleurasack und Brustwand, Anwesenheit von Gas in der Pleurahöhle, Anwesenheit von Flüssigkeit im Herzbeutel sind unwesentliche Bedingungen, die entweder das Zustandekommen der Pulsation begünstigen oder seine Erscheinung erschweren. *—r.*

173. ***Ein Fall von Oedem auf spinaler Basis (Syringomyelie).*** *Von Dr.* ***Remak.*** *Sitzung der med. Gesellsch. in Berlin vom 25. Nov. 1888. (Wiener med. Wochenschr. 1889. 2.)*

Der Patient zeigte im Mai 1878 eine Beweglichkeitsstörung der linken Hand, die auf eine 10 Wochen zuvor erlittene Vorderarmfractur zurückgeführt wurde; damals bestand Steifigkeit und starkes Oedem der linken Hand; der Kranke wurde längere Zeit elektrisch behandelt und im arbeitsfähigen Zustande entlassen. Bereits 1877 hatte er durch einen Fall von beträchtlicher Höhe eine Contusion der Wirbelsäule erlitten, an der er 6 Wochen lang behandelt wurde. Mitte Januar vorigen Jahres trat Abmagerung der linken Hand ein, und Pat. gab weiter an, dass er seit 1886 an Hinterkopfschmerz leide und seit Anfangs Januar Schwierigkeiten beim Schlucken verspüre; auch das linke Bein sei schwächer als das rechte. Objectiv liess sich Folgendes nachweisen: Die oberen Lider hängen etwas herab, Sprache



intact, keine Atrophie der Zunge, keine Neuritis optica: Schwierigkeiten beim Schlucken. In zweiter Linie ziemlich hochgradige Atrophie der linken Hand verbunden mit Erscheinungen der Entartungsreaction. Endlich leichte motorische Schwäche des linken Beines und Steigerung des Kniephänomens links. Es handelte sich also um dreierlei Symptome: um leichte Bulbärerscheinungen, um degenerative Atrophie der linken Hand und um leichte spastische Parese des linken Beines. Im Mai 1887 entzog sich Pat. der Behandlung, um sich nach einer Verschlechterung seines Zustandes im März 1888 wieder einzufinden. Genauere Sensibilitätsprüfungen ergaben, dass eine partielle Empfindungslähmung für Schmerz, Wärme und Kälte bestand, die sich den ganzen Arm hinauf bis zum Unterkieferrande erstreckte, dann an der Brust bis zum Bauch und zum Oberschenkel herunterging. Vorerst waren irgend welche vasomotorische Phänomene nicht vorhanden. Am 11. October begann die linke Hand zu schwellen, und zehn Tage später auch die rechte, an welcher die Temperaturempfindung ebenfalls gestört, die Motilität aber normal ist. Seit etwa sechs Wochen besteht die starke Schwellung beider Hände, wie der Kranke sie augenblicklich darbietet, und die nicht sowohl ein Hautödem, als ein Anasarca des Unterhautzellgewebes darstellt. Das Herz ist absolut normal, im Urin kein Eiweiss. Andere Oedeme sind nicht vorhanden. In dem vorgestellten Falle ist anzunehmen, dass langgestreckte gliomatöse Processe mit Höhlenbildung, am stärksten ausgebildet in der Cervicalschwellung, die Atrophie der linken Hand und die Sensibilitätsstörungen bedingen, dass der Process sich hinaufzieht bis in die Gegend der Medulla oblongata, wodurch die Bulbärerscheinungen erklärt werden. Die spastische Lähmung der unteren Extremität ist wohl auf eine Betheiligung des linken Seitenstranges zu beziehen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

174. ***Eine physiologische Wirkung der Strophanthuspräparate.*** *Von Dr. **E. Steinach.** (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 21—22.)*

Nach eingehender Berücksichtigung der über die physiologische Wirksamkeit der Strophanthuspräparate bisher erschienenen Arbeiten theilt Verf. eine gelegentlich anderer Untersuchungen von ihm gefundene, bisher unbekannte locale Wirkung der Strophanthusextracte mit. Die vom Verf. als wirksam bezeichneten Präparate sind ein Alkohol- und ein Aetherwasserauszug — so nennt Verf. die im Wasser löslichen Bestandtheile des Alkohol-, resp. Aetherextractes von Strophanthussamen — während der wässerige Auszug, sowie reines Strophanthin unwirksam waren. Diese Strophanthuspräparate in sehr geringer Dosis in den Bindehautsack von Thieren (Taube, Kaninchen, Katze, Hund) und Menschen eingeträufelt, rufen ebenso wie deren Injection (Frosch,



Huhn) eine locale Anästhesie hervor, deren Verlauf der Verf. gründlich studirte, indem er sich hierbei aus anderen Gründen vorzüglich der ersteren Methode (Einträufelung in den Bindehautsack) bediente. Verf. konnte durch seine Thierexperimente feststellen, dass etwa eine halbe Stunde nach Einträufelung einiger (2—4) Tropfen oben genannter Präparate eine vollkommene Anästhesie der Conjunctiva und insbesondere der Cornea eintrat, welche mehrere Stunden anhielt und hierauf langsam schwand. Von Nebenerscheinungen (nach Verabreichung grösserer Dosen) erwähnt Verf. eine leichte Ciliar- und Conjunctivalinjection, erhöhten Druck des Auges und eine beim Kaninchen auftretende Myose. Die bei der Taube constant auftretende, stundenlang dauernde Myose, welche einer Tage währenden Mydriase weicht, ist nach Verf. auf die Reizung und nachherige Lähmung der quergestreiften Muskelfasern zurückzuführen. Die beim Menschen (an sich selbst und Anderen) angestellten Versuche ergaben, was die Anästhesie und ihren Verlauf betrifft, eine fast vollkommene Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der Thierexperimente. Einige Zeit (1—2 Stunden) nach dem Beginne der Anästhesie, die ohne jede Beeinflussung der Pupillenbewegung und ohne jede Accommodationsstörung verlief, trat leichtes vorübergehendes Nebel- und Farbensehen auf, welches erklärt wird durch eine beim Menschen (auch beim Hunde) sich einstellende leichte hauchartige Trübung in der Cornea, deren Oberfläche übrigens stets vollkommen glatt blieb. Die einzelnen Erscheinungen der Strophanthuswirkung werden nun vom Verf. analysirt und die Anästhesie als eine specifische Lähmung der sensiblen Nervenfasern erwiesen. Ciliarinjection, erhöhte Spannung des Bulbus, sowie die hauchartige Trübung in der Cornea, welche in keinem ursächlichen Zusammenhange mit der Anästhesie steht, mit der sie auch dem zeitlichen Verlaufe nach nicht übereinstimmt, werden erklärt als Folgeerscheinungen von Gefässerweiterung (Lähmung der Constrictoren); der zarte Hauch in der Cornea speciell wird zurückgeführt auf eine in Folge der längeren Gefässdilatation zu reichliche und vielleicht auch qualitativ abnorme Durchfeuchtung der Cornea. Den Beweis für diese Erklärung sucht Verf. zu erbringen durch Vereinigung der Strophanthus- und Cocaïnwirkung, welch letzteres, abgesehen von seiner anästhesirenden Wirkung, gerade entgegengesetzte Erscheinungen (Gefässverengerung und geringere Durchfeuchtung der Gewebe) zur Folge hat und konnte in der That auf diese Weise eine mehrstündige totale Anästhesie ohne Nebenerscheinungen herbeiführen. Was schliesslich das wirksame Princip anbelangt, so konnte Verf. das Strophanthin (beim Menschen) ausschliessen, da selbes nicht anästhesirte, dagegen stark reizte, musste jedoch diese Frage im Uebrigen offen lassen. *Dr. Münzer*, Prag.

175. ***Ueber subcutane Strychnineinspritzungen.*** *Von Prof. **B. Naunyn.** (Mittheilung aus der med. Klinik zu Königsberg. 1888.)*

Naunyn hält dafür, dass die Anwendung der subcutanen Strychnininjectionen mit Unrecht vernachlässigt wurde. Er sah gute Erfolge derselben namentlich bei unvollständigen Lähmungen, Paresen, selbst in Fällen, wo das Grundleiden keiner Besserung fähig schien, manchmal bei Tabes dorsalis paralytica. Sicher



wirkt das Strychnin in allen Fällen, wo das Grundleiden eine gute Prognose gestattet, wie z. B. bei diphtheritischen Lähmungen. *Naunyn* empfiehlt, die Einspritzungen in die gelähmten Theile zu machen, mit geringen Dosen von 3—5 Milligrm. zu beginnen, in etwa 6 Tagen auf 1 Centigr. zu steigen und nach 10—12 Tagen in allen Fällen eine Pause von 6—8 Tagen zu machen. Als unangenehme Erscheinungen, deren Auftritt zur Vorsicht mahnt, werden angeführt: lästiges Gefühl von Muskelspannung, psychische Erregungen, Erbrechen. Namentlich bei Kindern ist die allergrösste Vorsicht geboten. Anderseits zeigten sich die Injectionen auch in solchen Fällen von günstiger Wirkung, in denen noch Steigerung der Reflexe, spastische Muskelcontracturen, also sogenannte Reizungssymptome vorhanden waren, es schaffte sogar in einigen Fällen unangenehme Empfindungen in den gelähmten Körpertheilen fort. *R.*

176. ***Recherches sur la toxicité des Urines albumineuses*** *par le Dr.* ***Germain Roque,*** *chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon. Paris 1888, Baillière et Fils. — (Gazette méd. de Paris. Décembre 1888.)*

Ueber die klinische Bedeutung der Albuminurie wird seit einem halben Jahrhundert gearbeitet, und die Ansichten sind beiweiten noch nicht geklärt, da die Ansichten diametral sich entgegenstehen. In vorliegender Arbeit finden wir höchst beachtenswerthe Andeutungen über die toxische Bedeutung der Albuminurie und des Urins überhaupt, die der Autor durch vielfache, höchst complicirte Versuche gewonnen hat. Wir können nur die Resultate kurz referiren. Albumen ist fast in jedem Harn, es bestehen nur graduelle Unterschiede; im Alter mehr (50%) als bei Erwachsenen (25%). Die Albuminurie hat für sich keine prognostische Bedeutung oder Werth, weil die vulgäre Albuminurie von der eigentlich krankhaften sich durch nichts unterscheidet. Im menschlichen Organismus bilden sich nach *Bouchard* ununterbrochen toxische Stoffe, mit dem Harne werden dieselben entfernt; je mehr solche toxische Stoffe abgeführt werden, desto toxischer ist der Harn selbst, desto gesünder die Nieren. Der Abendharn ist an Toxiden am reichsten. Je weniger toxische Stoffe ausgeschieden werden, je mehr treten die urotoxischen Erscheinungen in den Vordergrund. Nicht die absolute Menge des Harnes, sondern die Menge der Toxide sind entscheidend bei der Beurtheilung des Nierenzustandes. Je weniger toxisch der Urin wirkt, desto mehr ist die Niere krank, und desto ungünstiger ist die Prognose. Nicht die Menge des Albumens, sondern diese deletären Stoffe sind demnach bestimmend bei der Beurtheilung des einzelnen Falles. Der urotoxische Coëfficient bei einem gesunden Menschen in 24 Stunden beträgt 0·464 (d. i. diejenige Menge, mit welcher ein Kilo lebende Substanz getödtet werden kann). Je kleiner dieser Coëfficient ist, desto schwerer ist der Fall, desto ungünstiger die Prognose, da diese Verminderung der toxischen Ausscheidung auf eine erschwerte oder behinderte Durchgängigkeit in den Nieren hinweist. Bei gleicher chemischer Zusammensetzung kann die toxische Eigenschaft des Harnes wechselnd sein. Weder der Gehalt an Stickstoff, noch an Ammoniak ist für den Grad der Toxität ausschlaggebend. Der Autor verspricht schliesslich



weitere Untersuchungen anzustellen, um den Klinikern die Möglichkeit zu bieten, die toxischen Eigenschaften des Urins, im speciellen Falle, leicht nachzuweisen.

Dr. Sterk, Wien-Marienbad.

177. ***Strychnine as an antidote in narcotic poisoning.*** *Von Dr.* ***G. A. Gypson*** *in London. (The practitioner. December 1888.)*

Das Strychnin wurde bislang als Antidot bei Chloralintoxication angewandt. Der Autor hat nun bei der Aehnlichkeit der Intoxicationserscheinungen in Folge von Opiaten und anderen anästhesirenden Mitteln das Strychnin als Antidot seit 3 Jahren in Gebrauch gebracht und hat sich von dessen rascher und sicherer Wirkung in vielen Fällen zu überzeugen Gelegenheit gehabt. Es ist bekannt, dass die Opiate und die anderen anästhesirenden Mittel (Chloroform etc.) den letalen Ausgang durch Paralyse der Respirationscentren bedingen. In Berücksichtigung des Umstandes, dass das Strychnin mächtig stimulirend auf diese Centren in erster Reihe wirkt, ist dessen Wirkung als Antidot einleuchtend. Und in der That konnte der Autor beobachten, dass selbst in den Fällen, in welchen die Athmung fast aufhörte, dieselbe nach Strychnininjection sich wieder einstellte, die Athmung tiefer, häufiger, der Rhythmus regelmässiger wurde. Zur Injection genügt 0·001—0·005 2—3mal in einer Stunde nach Bedarf wiederholt. *Dr. Sterk*, Wien-Marienbad.

178. ***Ueber die therapeutischen Erfolge der Magenausspülung bei Säuglingen.*** *Von Dr.* ***H. Leo****. Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft. Sitzung vom 7. November 1888. (Therap. Monatsh. 1889. 1.)*

Leo berichtet über seine bei 104 Kindern gesammelten Erfahrungen, welche im Wesentlichen mit denen von *Epstein* übereinstimmen. Als Spülflüssigkeit wurde reines oder mit einigen Tropfen einer 20% Thymollösung versetztes Wasser angewandt. Die Darreichung von Eiweisswasser nach dem Ausspülen fand *Leo* weniger günstig als den Genuss von Milch oder Haferschleim. Besonders auffällig ist bei allen Affectionen, die mit Erbrechen einhergehen, die günstige Beeinflussung dieses Symptoms. In der Regel verschwand es nach dem Ausspülen oder wurde doch erheblich gemildert. Die besten Erfolge wurden mit der Ausspülung bei acuter Dyspepsie mit oder ohne Erbrechen, resp. mit Diarrhoe oder Obstipation erzielt. Hier genügte häufig eine einzige Ausspülung, um Heilung zu erzielen. Bei Cholera infantum waren die Erfolge im Allgemeinen zwar weniger günstig, doch empfiehlt *Leo* dessenungeachtet bei dieser Krankheit in geeigneten Fällen die Ausspülung anzuwenden und dieselbe mit der Darreichung von Opium oder Calomel zu verbinden. Auch bei einigen Fällen von chronischem, resp. subacutem Magencatarrh wurden gute Erfolge erzielt, ebenso bei einfacher, zuweilen hochgradiger Diarrhoe. Besonders diese letzteren Erfolge lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass die Magenausspülung nicht nur aus dem Grunde von heilkräftiger Wirkung ist, weil sie die im Magen enthaltenen schädlichen Stoffe entfernt, sondern auch dadurch, dass sie die darniederliegende motorische Thätigkeit des Magens günstig beeinflusst.



179. ***Einige therapeutische Versuche mit der Hypnose.*** *Von Dr.* ***Sperling*** *in Berlin. (Neurolog. Centralbl. 1888. 11, 13, 14.)*

An der Hand von 8 Fällen zeigt Verf. die eingreifende Wirkung der Hypnose. Besonders der erste der mitgetheilten Fälle zeichnet sich durch das glänzende Heilresultat aus, an dem die Hypnose den wesentlichsten Antheil hatte. Es handelte sich um einen 22jährigen Mann, der vor etwa 5 Jahren mit dem Hinterkopf auf's Eis gefallen und bei dem sich seitdem ein Symptomencomplex herausgebildet hatte, der als traumatische Hysteroepilepsie gedeutet werden musste. Hier wurden die Krampfanfälle vermittelst der Hypnose beseitigt, worauf die Genesung durch Hydrotherapie, Gymnastik, allgemeine Faradisation etc. weiter gefördert werden konnte. Ein zweiter Fall von Hysteroepilepsie bei einer 25jährigen Frau liess zwar auch den therapeutischen Erfolg der Suggestionsmethode erkennen, gelangte aber nicht zur Heilung. Patient war augenscheinlich bei weitem nicht so für die Suggestion empfänglich, wie der vorige Fall, übrigens auch durch häusliche Verhältnisse vielfachen die Genesung störenden Erregungen ausgesetzt. Dankbarer erwies sich wieder der 3. Fall (22jähriges hysteroepileptisches Mädchen), bei dem zuerst die Krämpfe, dann verschiedene vasomotorissche Erscheinungen (Röthe und brennendes Gefühl im Gesicht, Kälte und Schweissausbruch an den Extremitäten) vorläufig (die Beobachtungszeit ist noch eine zu kurze) beseitigt worden sind. Nach Verf. ist die planvolle Anwendung der Hypnose als Heilmittel durchaus berechtigt, jedoch soll dieselbe nur als ein ultimum refugium betrachtet und nur vom Arzte, sei es zu wissenschaftlicher Forschung oder zu Heilzwecken, angewendet werden. Es wäre ein Fehler von Seiten der Aerzte, wollten sie sich der Forschung auf diesem Gebiete als unter ihrer Würde stehend enthalten und dasselbe schlecht bewährten Laienhänden überlassen. Der Erfolg der therapeutischen Hypnose hängt im einzelnen Falle von der richtig gestellten Indication ab, ferner von der Methode zu hypnotisiren und zu suggeriren. Daher sind die Resultate mehr oder weniger individuell. Allgemeingiltige Gesetze und Regeln für die Behandlung mit der Hypnose bestehen zur Zeit noch nicht, werden sich auch kaum jemals aufstellen lassen, da mit individueller Anlage des Charakters der Versuchspersonen gerechnet werden muss. —r.

180. ***Ueber Codeïn.*** *Von Dr.* ***Fischer****. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1888. 19. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 2.)*

Verf. bedient sich seit mehr als 5 Jahren in all den Fällen, wo Morphium indicirt erscheint, des Codeïns. Die ersten Versuche machte er in der Dr. *Römpler*'schen Anstalt in Görbersdorf, die das ganze Jahr durchschnittlich von 90 Patienten besucht war. Verf. verwendet das Codeïn täglich mehrere Male. Vor Allem eignet es sich für alle Fälle von quälendem Husten bei Phthisikern, bei Bronchitiden und für alle Fälle von Schlaflosigkeit, wenn das schlafstörende Moment nicht heftige Schmerzen sind. Auch äusserlich, in Suppositorien, Inhalationsflüssigkeiten, in Salben etc. sah Verf. stets die erwartete Wirkung, und in keiner Form war es ihm möglich, schädliche oder nur unangenehme Wirkungen zu constatiren. Einer Morphiumdose von 0·01 entspricht eine Codeïndose von 0·025—0·03. Diese Gabe kann



nach Verf. Phthisikern getrost 3—4mal in 24 Stunden gereicht werden. Eine Angewöhnung scheint nur selten zu folgen. Nach Anleitung, welche die chemische Fabrik von Knoll & Comp. in Ludwigshafen a. Rh. über die Verordnungsweise des Codeïns gibt, ist Codeïn (Codeïnum 0·05 pro dosi! 0·2 pro die!) in Wasser schwer, in Alkohol und Aether leicht löslich. Es wird meist in Pulvern, Pillen oder Syrup verordnet. Für die Verordnung als Pulver ist zu berücksichtigen, dass das Codeïn fast ebenso bitter wie Morphium schmeckt. Es ist daher die Form der Pille und des Syrup vorzuziehen. Bei Verordnung in Pillenform setzt man der einzelnen Pille 0·02—0·05! Codeïn zu. Diese Verabreichungsweise eignet sich besonders da, wo relativ grössere Mengen von Codeïn täglich genommen werden sollen, also z. B. bei Schmerzen im Unterleib, Diabetes etc.

Rp. *Codeïni 1·0*
Extr. Gentian.
Pulv. Rad. Liquir. q. s.
F. pil. No. 30.

(Jede Pille enthält 3·3 Centigramm Codeïn.)

Als Syrup ist das Codeïn besonders beliebt bei Hustenreiz. In Frankreich wird es in dieser Form vorzugsweise angewendet. Die französische Vorschrift lautet:

Rp. *Codeïni 0·2*
Alcohol 5·0
Syrup 95·0
} *Sirop de Codeïne* / *Syrupus Codeïni*

10 Gramm dieses Syrup enthalten 2 Centigramm Codeïn.
Man gibt ihn esslöffelweise.

Wenn man das Codeïn wässerigen Lösungen zusetzt, ist an die Schwerlöslichkeit des Codeïnum pur. zu erinnern. Man wählt daher in diesem Falle eines der Salze, das salzsaure, schwefelsaure oder phosphorsaure. Zur subcutanen Injection eignet sich am besten von den Codeïnpräparaten das phosphorsaure Salz (Codeïnum phosphoricum), welches sich schon in 4 Theilen Wasser löst. Reizerscheinungen an der Injectionsstelle kommen nur selten und auch dann nur in sehr geringem Grade vor.

Rp. *Codeïni phosphor. 1·0,*
Aq. destill. 20·00,
Acid. carbol. cryst. 0·02.

M. D. S. Ein bis zwei Spritzen zu injiciren.

181. ***Ueber Antipyrin in subcutaner Injection.*** *Von Dr.* ***Julius Hess*** *in Hamburg. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 39.)*

Verf. prüfte die Wirkung des Antipyrins in subcutaner Injection in 15 Fällen, von denen 7 an Rheumatismus (der Gelenke und Muskeln), 6 an Neuralgie und 2 an Gicht litten. Er gelangt zum Resultat, dass das Antipyrin in subcutaner Injection ein schmerzstillendes Mittel, dessen Wirkung eine sehr rasche, in der Regel nach 2 Minuten eintretende ist, und das nur selten ganz im Stich lässt. Das Antipyrin wirkt nicht nur bei peripheren rheumatisch-neuralgischen Affectionen, sondern beeinflusst auch die Schmerzhaftigkeit centraler (spinaler) Leiden. Man könnte, einmal an eine beruhigende Wirkung auf die peripheren Nervenendigungen und der Nerven in ihrem Verlauf denken, daneben aber auch eine die Erregbarkeit herabsetzende Wirkung

der schmerzleitenden Fasern des Centralorganes und seiner Ganglienzellen annehmen. Die Dauer der Wirkung ist verschieden und scheint beim Muskelrheumatismus am längsten zu sein, während bei den Neuralgien die Wirkung keine anhaltende zu sein scheint. Ob neben der anodynischen Wirkung eine specifische auf den Rheumatismus existirt, wie Mehrere annehmen, lässt Verf. dahingestellt. Möglich wäre es besonders deshalb, weil gerade beim Rheumatismus die Wirkungsdauer zu Tage tritt. Es folgt aber aus solcher Annahme, wie aus der localen Schmerzstillung, dass die Injectionen da gemacht werden müssen, wo der Schmerz oder die Entzündung liegt. Gefährliche Nebenwirkungen hat Verf. nicht beobachtet, dagegen fand er fast in allen Fällen die Injectionen sehr schmerzhaft, bei zwei Fällen geradezu unerträglich, bei dem einen kam es zur Ohnmacht. Auch klagten die meisten noch lange (einmal noch nach einem Monat) über den Stichschmerz. Nur in einem Falle mit Blasenneuralgie wurden die zahlreichen Einspritzungen relativ gut vertragen. Die erwärmte Lösung machte jedoch mehr Schmerzen als die kalte. Reactive Entzündungen in der Umgebung mit Abscedirungen traten nie auf. Eine Inflammation mit Gewebsspannung hat Verf. fast immer gesehen, dieselbe ging aber bald zurück. Jedenfalls ist in solchen Fällen die Injection zu widerrathen. Von bekannten Allgemeinwirkungen zeigten sich in einem Fall starke Schweissausbrüche, einmal Magenschmerz, während bei dem Fall mit Blasenneuralgie nach $2^1/_2$ Grm. Uebelkeit, Kopfschmerz und Flimmern vor den Augen eintraten, nach weiteren $2^1/_2$ Grm. Erscheinungen von Magencatarrh und Hitze. Verf. gelangt zum Schlusse, dass man auch ferner eine ein- oder zweimalige Injection von Antipyrin bei kräftigen Personen versuchen darf und sie in vielen Fällen mit Glück unternehmen wird, dass man sich jedoch übertriebenen Hoffnungen nicht hingeben darf.

— r.

182. ***Zur Behandlung der Diphtheritis mit dem Wachsmuth-(Rauchfuss-)schen Verfahren.*** *Von Dr.* ***Carl Wegele*** *in Cannstatt, Württemberg. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 3.)*

Verf. berichtet über Erfolge in der Behandlung der Diphtheritis mit dem *Wachsmuth*'schen Verfahren, welches er mit einigen Modificationen, bei Kindern unter 5 Jahren in jedem Falle, bei älteren nur bei schweren Fällen in Anwendung brachte. Verf. liess, der Einfachheit halber, die Kinder ganz nackt ausziehen, in nasse Leintücher derart einschlagen, dass nur der Kopf unbedeckt blieb, dann in eine grosse wollene Decke fest einwickeln und noch mit Federbetten bedecken. Den ersten derartigen Umschlag machte er selbst, um den Eltern der Patienten das Verfahren zu lehren, liess dann immer 3 Stunden wickeln und 2 Stunden pausiren, bei zunehmender Besserung die Pausen verlängern. Auf diese Weise hat er einige 50 Fälle behandelt und nur 4 verloren, von denen einer zu der bösartigen, gangränösen Form gehörte, zwei bei Verf.'s Ankunft schon in extremis lagen und bei dem 4. das Verfahren durch Nachlässigkeit unrichtig angewandt wurde. Nebenbei Kali chlor. und Acid. muriat. innerlich und mit stark verdünnten Sublimatlösungen gurgeln. Wenn auch dabei niemals eine Quecksilberintoxication vorkam, würde

Verf., statt dessen, eine 2–3procentige Essigsäurelösung vorziehen, die ja nach den neuesten Versuchen gerade auf die Virulenz der Diphtheritismembranen ebenso, wie das Sublimat einwirken soll, möglichste Lüftung. Fast immer war rasche Entfieberung, leichte Abstossung des Beleges, subjectives Wohlbefinden und Abkürzung der Reconvalescenz zu constatiren. *—r.*

183. ***Behandlung der Ozaena mit Glycerin.*** *Von Stabsarzt Dr.* **Sidlo.** *(Der Militärarzt. 1889. 2.)*

Ein Officiersdiener verbreitete bei seinem Eintritte in's Spital einen ekelerregenden Geruch, während der Patient hiervon selbst unbehelligt blieb; er hatte seit nahezu zwei Jahren den Geruchssinn vollständig eingebüsst. Das Leiden wurde damals durch einen kurz anhaltenden Schnupfen eingeleitet, dem ein Trockenheitsgefühl innerhalb der Nasenhöhlen folgte, mit allmäligem Verluste der Geruchsempfindung und wiederholt auftretenden Nasenblutungen. Im weiteren Verlaufe kam es zur Bildung reichlicher meist missfärbiger Krusten, welche häufig zu Verstopfung der Nasenhöhlen führten. Die Untersuchung constatirte in den vorderen Nasenhöhlenabschnitten theils zähen, theils zu Krusten eingetrockneten Schleim, die Wandungen des Nasenrachenraumes mit missfärbigen, zumeist dunkelschiefergrauen Krusten ausgekleidet und die Choanen durch dieselben zu schmalen Spalten eingeengt. Die Behandlung bestand in täglichen Durchspritzungen der Nasenhöhlen mit einer 2procentigen Lösung von Chlorkali in Wasser, welcher 10 Procent Glycerin beigemischt wurden, mit nachfolgender Einführung von Baumwollwicken in die Nasenhöhlen, welch erstere mit einer Mischung aus einem Theile Glycerin und drei Theilen Wasser getränkt, 1—2mal täglich, durch je eine Stunde in den Nasenhöhlen liegen gelassen wurden. Unter dieser Behandlung hat der Kranke nunmehr den Geruchssinn wieder erlangt, seine Nasenhöhlen sind vollends durchgängig, der frühere Fötor hat sich verloren. *—r.*

184. ***Ueber Pyrodin und Acetylphenylhydrazin.*** *Von Dr.* **Th. Zerner** *jun. (Wien. med. Wochenschr. 1889. 4.)*

Von *Dreschfeld* wurde jüngst ein neues Antipyreticum unter dem Namen Pyrodin eingeführt. Nach dessen Angaben (Medical Chronicle, Nov. 1888) sollte es in der einmaligen Tagesdosis von $^1/_2$—$^3/_4$ Gramm weit stärker und rascher als Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin bei Infectionskrankheiten und nicht infectiösen Entzündungsprocessen wirken, indem es die bald erniedrigte Temperatur durch 6—8 Stunden auf niederer Höhe zu erhalten im Stande wäre. Bereits der nächste Autor, *Lépine* (Sitzung der Soc. des sciences médic. in Lyon vom 14. November 1888), welcher P y r o d i n versuchte, gelangte zu anderen Schlussfolgerungen. Er verabreichte „sein" Pyrodin bis zur Dosis von 3 Grm., ohne Intoxicationserscheinungen zu sehen, und mehrere Meerschweinchen haben Dosen von 0·5—1·0 Grm. auf das Kilogramm Gewicht Widerstand geleistet. Darin stimmen aber beide Autoren überein, dass man das Medicament nicht länger als einige Tage hintereinander geben solle. Durch den schädlichen Einfluss desselben auf das Blut *(Lépine)* entsteht nämlich zunächst eine intraglobuläre Methämoglobinämie, die nach mehrtägiger



Verabreichung von einer Verminderung der rothen Blutkörperchen gefolgt ist. Der Gegensatz beider Autoren wird um so grösser, als *Dreschfeld* später (Ther. Monatsh. Dec. 1888) mittheilte, dass die toxische Wirkung des Pyrodins sehr zu beachten sei und die Anwendung des Pyrodins einschränken dürfte. Bald darauf theilte *Dreschfeld* (Ther. Monatsh. Januar 1889) weiters mit, dass das reine Acetylphenylhydrazin viermal stärker als das von ihm angewandte Pyrodin wirke, also die Maximaldose für Erwachsene 0·2 (!) pro dosi et die sei. Diese Mittheilung hat den Verfasser zu neuen Untersuchungen veranlasst. Derselbe erhielt von *Schuchard* in Görlitz ein reines Acetylphenylhydrazin, dass sich als $C_6H_5NH-N\langle {}^{H}_{C_2H_3O}$ zusammengesetzt erwies. Die bisherigen Versuche *Zerner's* ergaben das eine sicher, das die angegebene Dosis eher als Minimaldosis zu betrachten sei (bei Erwachsenen). Denn bei Fiebernden müssten Dosen von 0·4—0·6 im Durchschnitte gereicht werden, und da fiel nur bei stark remittirendem Fiebertypus (z. B. Tuberculose) die Temperatur um mehrere Grade, wobei letztere rasch wieder anstieg; ja es schien mitunter der Anstieg sich schneller zu vollziehen, als bei der ohne Medicament entstandenen Remission. Bei heftigem continuirlichen Fieber jedoch, wie dies einmal z. B. durch eine mit Meningitis, das andere Mal durch eine mit Endocarditis complicirte Pneumonie bedingt war, konnte durch die erwähnte einmalige Tagesdosis von 0·4 und 0·6 Grm. eine Herabminderung der Körperwärme um höchstens 1·5° erzielt werden und selbst das war nicht constant. Dabei erwies sich die Verabreichung des Medicamentes, welches zur Prüfung seiner analgetischen Wirksamkeit bis zu Dosen von 1·0 pro die (0·4+0·4+0·2) gegeben worden war, bei Leuten mit relativ gut arbeitendem Herzen und gesunden Verdauungsorganen ohne üble Nebenwirkungen. Jedoch bei vorhandener, selbst nicht übermässiger Herzschwäche wurde eine ungünstige Beeinflussung der Herzthätigkeit constatirt. Waren die Verdauungsorgane geschwächt, so zog das übrigens nicht geschmacklose, sondern einen unangenehm bitteren Nachgeschmack besitzende Medicament nicht selten Aufstossen, Brechreiz und Diarrhoe nach sich. Diese Nebenerscheinungen traten auch gleichzeitig mit einer nur in geringem Masse erzielten Wirkung auf. Ebensowenig wie die antipyretische, kommt die analgetische Wirkung des Acetylphenylhydrazin etwa der des Antifebrin, welches übrigens weit billiger ist, gleich, wie *Zerner* dies bei mehreren Fällen von Tabes, Hemicranie, Ischias etc. zu constatiren Gelegenheit hatte. *Zerner* wollte diesmal seine mit dem deutschen Fabrikate erhaltenen Resultate den Angaben *Dreschfeld's* entgegensetzen, um andererseits vor der vorläufigen unterschiedslosen Anwendung des Mittels in der Privatpraxis zu warnen. Er hält dafür, dass das Acetylphenylhydrazin ebenso wie das vor Jahren aufgetauchte Antithermin bald aus der Reihe der Antifebrilia wieder gestrichen werden dürfte. *—r.*



Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

185. ***Klinische und experimentelle Beobachtungen über die Aethernarcose.*** *Von Dr.* ***Fritz Fueter*** *in Bern. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 29. Bd. 1. Heft. 1888.)*

Die Arbeit zerfällt in einen klinischen und einen experimentellen Theil. Verf. führt die Narcose mit der von Dr. *Dumont* modificirten *Guillard*'schen Maske aus. Die Aetherapplication beruht auf Darreichung ziemlich concentrirter Dämpfe mit möglichst seltener Entfernung der Maske. Der Durchschnitts-Aetherverbrauch bis zum Eintritt der Narcose beträgt 58·6 Ccm. Die Gesammtdurchschnittszeitdauer bis zur Narcose beträgt nur 2·65 Minuten. Der Thermocauter lässt sich ohne jede Explosionsgefahr in nächster Nähe vom Aether anwenden, da seine Dämpfe für die hier in Betracht kommenden Verhältnisse nicht durch die Glühhitze, sondern durch die lebendige Flamme sich entzünden. Nachtheile der Aethernarcose sind: Die mitunter starke Salivation und Cyanose, das unangenehme Gefühl beim Einathmen, als müsse man ersticken, das gelegentlich störende, zu frühe Unterbrechen der Narcose bei Operationen am Kopfe nach Wegnahme der Maske. Alle diese Nachtheile werden nach Ansicht des Verf. reichlich aufgewogen durch die absolut bessere Prognose des Verlaufes der Narcose und durch die nachherige schnellere Besserung des Allgemeinbefindens. Durch physiologische Experimente suchte Verf. zu ermitteln, ob sich entweder durch einmalige, den Tod herbeiführende acute Aetherintoxication oder durch mehrmals, in gewissen regelmässigen längeren oder kürzeren Zwischenräumen wiederholte chronische Aetherisation pathologische Substanzen im Urin und Veränderungen des Nierengewebes nachweisen lassen. Als Versuchsobjecte kamen Hunde zur Verwendung. Die Experimente ergaben ein negatives Resultat. Selbst mikroskopisch konnten Gewebsveränderungen der Nierensubstanz nicht nachgewiesen werden. Wenn auch Verf. in der Abwesenheit abnormer Urinbestandtheile keine positive Contraindication für die Aethernarcose findet, so ermahnt er immerhin in solchen Fällen zur Vorsicht, da während der Narcose Collapszustände zu befürchten sind. Hunde zeigen eine ausserordentliche Resistenz gegenüber dem Aether, während Chloroform ungleich rascher und heftiger toxisch wirkt. Bei dem Abschluss sämmtlicher Versuche beobachtete Verf. nur den Tod durch Respirationsparalyse und nie durch Syncope. Während der Aethernarcose sinkt immer die Körpertemperatur. Die Thiere erholten sich nach den Narcosen auffallend schnell. Die Harmonie der Experimente des Verf. mit den praktischen Erfahrungen begründet, sagt Verf., den Werth der Aethernarcose. Der Arbeit ist eine Tabelle von 150 ausgeführten Aethernarcosen beigefügt. Ref. erlaubt sich zu bemerken, dass nach den sphygmographischen Aufzeichnungen von *O. Kappeler* aus Münsterlingen (Archiv f. klin. Chir., Bd. 37) die in der Aethernarcose aufgenommenen Pulscurven in der Regel keinen Anacrotismus, nur etwas abgeflachte Elasticitätselevationen und immer eine Rückstosselevation zeigten. Lediglich bei totaler Muskelerschlaffung konnte *Kappeler* eine Abflachung des Curven-



gipfels constatiren. Es erhellt daraus unzweifelhaft, dass die Lähmung der Vasoconstrictoren in der Aethernarcose keine vollständige ist und dass dieser Umstand im Vergleich zum Chloroform sehr zu Gunsten der Aethernarcose spricht. *v. Swiecicki.*

186. ***Resection des dritten Trigeminusastes am Foramen ovale.*** *Von Dr.* ***Salzer.*** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXVII. — Centralbl. f. Ther. 1889. I.)*

Während die Resection des zweiten Trigeminusastes an der Austrittsstelle aus dem Schädel als typische Operation längst anerkannt ist, wurde die Resection des dritten Astes vom Trigeminus am Foramen ovale in der Gesammtheit von verschiedenen Operateuren bis jetzt nur 13mal ausgeführt, wobei die angewandten Methoden vielfach variirten. Nun hat *Salzer* nach einer neuerlichen anatomischen Untersuchung der Gegend eine Methode fixirt, die ohne besondere Mühe sämmtliche Aeste des dritten Trigeminusastes blosslegt, so dass sowohl das ganze Bündel, als auch isolirt der Nervus buccinatorius lingualis, mandibularis und auriculo-temporalis möglichst central resecirt werden können. Zwischen dem unteren hinteren Rande des Jochbeinkörpers und des Processus zygomaticus des Schläfebeins wird ein nach oben convexer Bogenschnitt durch Haut, Muskel, Periost bis auf den Knochen geführt, der in seiner höchsten Erhebung den oberen Jochbeinrand weit überragt, worauf der Jochbogen an seinem hinteren und vorderen Ende mit Stichsäge durchtrennt wird. Der das Jochbein enthaltende Lappen kann mit Leichtigkeit ausgiebig nach unten dislocirt werden. Von der Crista temporis an werden die Weichtheile stumpf mit Elevatorium von der Schädelbasis abgehebelt; hält man sich an jene Ecke, welche nach oben von der Schädelbasis, nach hinten vom Kiefergelenke begrenzt wird, so kann man die Austrittsstelle des Nerven nicht verfehlen. Nach gehöriger Isolirung des Nervenbündels wird ein concavschneidiges Tenotom mit nach vorne gerichteter Schneide zwischen Nerv und Arteria meningea media eingeschoben, und der Nerv durch Vorziehen unmittelbar unter dem Foramen ovale durchtrennt. Die Vortheile der Methode sind: der leicht durch den Schädelknochen markirte, nicht zu verfehlende Weg zum Nerven, die geringe Blutung während der Operation und schliesslich die geringe Verletzung der Weichtheile. — *Salzer* hat nach dieser Methode in zwei Fällen mit bestem Erfolge operirt. *—r.*

187. ***Ein Fall von Echinococcus der Schilddrüse.*** *Von* ***Zoege-Manteuffel.*** *(Mittheilungen aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Dorpat. St. Petersburger med. Wochenschrift. 1888. 30.)*

In diesem Falle wurde die Geschwulst in der Schilddrüse vor der Operation und bis gegen Ende derselben für eine colloide, stellenweise cystische Struma gehalten. Der 36 Jahre alte Pat. hatte an der rechten vorderen Halsgegend eine langsam wachsende kindskopfgrosse Geschwulst, deren erstes Auftreten er schon vor 15 Jahren bemerkt hatte. In der letzten Zeit waren stärkere Respirationsbeschwerden aufgetreten, welche seine Aufnahme auf die chirurgische Klinik veranlassten. Die Consistenz der Geschwulst war eine ziemlich derbe, stellenweise elastische, jedoch nirgends deutlich fluctuirend. Bei der Operation, welche

als eine Ausschälung des Knotens gedacht war, gelang dieselbe auffallend leicht, bis in der Gegend der Trachea auf Widerstand gestossen wurde. Die Geschwulst war nämlich mit der Trachea fest verwachsen. — Bei der Ablösung der Geschwulst von der Trachea mit der Scheere wurde erstere ausgeschnitten und es stürzte eine wasserhelle Flüssigkeit und zahlreiche Hydatiden hervor. Die Operation wurde dann einfach dadurch beendet, dass die Kapsel in der Mittellinie gespalten, entleert und nach Resection derselben in den Wundrand eingenäht und drainirt wurde. Heilungsverlauf normal. Bis jetzt sind nur einige wenige Fälle von Echinococcuscysten der Schilddrüse bekannt, die meist mit Perforation in die Trachea und Erstickung endeten. Die Diagnose wurde immer erst nach Anschnitten oder nach künstlicher Entleerung des Cysteninhaltes gemacht, sie wird sich bei analogen Fällen nur durch deutliche Fluctuation und Hydatidenzittern sicherstellen lassen.

188. ***Ueber den Ersatz grösserer Hautdefecte durch Transplantation frischer ein- und doppelstieliger Lappen aus entfernteren Körpertheilen.*** *Von **V. v. Hacker**, Wien. (Archiv f. kl. Chirurgie. Bd. 37. — Centralbl. f. Chirurgie. 1888. 50.)*

Verf. hat die vornehmlich von *Maas* ausgebildete Methode der Transplantation frischer gestielter Hautlappen auf grössere Hautdefecte in 3 Fällen, theils in der bisher geübten, theils in einer modificirten Weise erprobt nnd sich von ihrem grossen Werthe überzeugt. — Im ersten Falle handelte es sich um die Transplantation zweier doppeltgestielter oder sogenannter Brückenlappen vom Brustkorb auf je eine untere Extremität bei einem $5^1/_2$jährigen Mädchen, dessen Knie in Folge einer schweren Verbrennung in starker Beugestellung durch Narbenmassen an der Innen- und Hinterseite des Unterschenkels und der Kniebeuge fixirt waren. Der Defect nach Durchtrennung der Narbenmassen in der Kniekehle wurde dadurch gedeckt, dass Verf. mit 2 parallelen, etwa 20 Centimeter langen und 8 Centimeter von einander entfernten, im Bogen von der Axillarlinie gegen die Mittellinie verlaufenden Schnitten die Haut an der entsprechenden Brustseite durchtrennte, den so begrenzten Hauttheil von seiner Unterlage ablöste und unter ihm, wie durch eine Schleife, den ganzen Unterschenkel bei stark gebeugtem Hüftgelenk hindurchführte. Im zweiten und dritten Falle wurde ein einstieliger Lappen, das eine Mal vom Oberarm auf den Hals, das andere Mal von der Brust auf den Oberarm übertragen. — In allen 3 Fällen wurde der beabsichtigte Erfolg erreicht; auch hatte sich in den transplantirten Lappen nachträglich die normale Sensibilität wieder eingestellt.

Verf. leitet aus seinen Beobachtungen u. A. auch Folgendes ab: Wenn die beiden Körpertheile, der, von dem transplantirt wird, und derjenige, auf welchen transplantirt wird, so weit von einander entfernt sind, dass es nicht möglich ist, den frischen gestielten Lappen mit seiner ganzen Fläche auf den frischen oder wundgemachten Defect aufzulegen, so kann eine Transplantation des Lappens auch dann gelingen, wenn derselbe mit dem der Basis gegenüber liegenden Schnittrande allein oder mit diesem und einem Theil seiner Fläche zur exacten Vereinigung mit dem

Defectrande gebracht wird. Diese Thatsache erscheint Verf. auch insofern von Bedeutung, als man auf Grund derselben in der Lage ist, Lappen von einem beliebigen entfernteren Körpertheil gleichsam abzuholen, für den Fall, dass an benachbarten Theilen kein Material verfügbar ist. Man könnte z. B. einen Hautlappen vom Rücken zuerst auf einer ad hoc gemachten Schnittwunde der oberen Extremität anheilen und nach Durchtrennung der Brücke auf eine Körperregion, der die Extremität leicht zu nähern ist, wie das Gesicht etc., übertragen (Wanderlappentransplantation). Es ist möglich, nachdem der Lappen mit dem Rande angeheilt ist, ihn nachträglich noch zu verlängern, seine Brücke also weiter zurück zu verlegen. Bei genügend breiter Brücke verträgt ein frischer gestielter Lappen auch eine ziemlich starke Drehung des Stieles, wenn nur durch entsprechende Immobilisirung der Körpertheile jede Zerrung des Lappens und jeder zu starke Druck auf denselben vermieden wird.

189. ***Die Antisepsis an der Klinik und in der Praxis.*** *Von **A. Bum.** (Wien. Med. Presse. 1888. 26. — Centralbl. f. Chirurgie. 1888. 49.)*

Verf. macht auf eine Reihe von Unterschieden aufmerksam, welche sich bei der antiseptischen Wundbehandlung in einer gut geleiteten, mit allen Hilfsmitteln ausgerüsteten Klinik und in der Privatpraxis ergeben. Namentlich die neuesten Mittheilungen von *Kocher* über eine einfache Methode zur Erzielung sicherer Asepsis beweisen, dass eine musterhaft geleitete Klinik mit geringen äusseren Mitteln die glänzendsten Resultate zu erzielen vermag, und dass in der That in der klinischen Praxis die strenge Verhütung der Contactinfection allein der Sepsis vorzubeugen im Stande ist. In weitaus den meisten Fällen ist es nun technisch vollkommen unmöglich, Privatwohnungen in jene äusseren Verhältnisse zu bringen, in welchen sich Musterkliniken befinden. Man wird deshalb in der Privatpraxis bis auf Weiteres dem Dauerverbande mit antiseptischen Gazen treu bleiben müssen. Dafür spricht auch noch der gewichtige Umstand, dass die Möglichkeit einer Infection der Wunde zur Zahl der Verbände im geraden Verhältnisse steht; je geringer diese Zahl, desto unwahrscheinlicher die Contact- und Luftinfection.

190. ***Die künstliche Unterdrückung der Menstruation ein curatives Moment.*** *Von **Eugen C. Gehrung** in St. Louis. (The Americ. Journ. of Obstetr. November-Heft 1888, pag. 1138.)*

Bei sehr profuser Menstruation trachtet man die locale Krankheitsursache zu beseitigen oder, wenn keine solche da ist, das Allgemeinleiden zu beseitigen. Wird die Menstruation trotz eingeleiteter Localbehandlung nicht spärlicher oder bleibt die Menstruation trotz entsprechender Allgemeinbehandlung ebenso profus wie früher, so applicire man den Tampon und tamponire die ganze Zeit der Menstruation hindurch. Die Menstruation wird spärlich, die Frau verliert nur wenig Blut und findet Zeit, sich von den grossen Blutverlusten zu erholen. Nachtheile hat dieses sicher und schmerzlos wirkende Verfahren keine im Gefolge. *Gehrung* geht sogar so weit, anzunehmen, dass man auf diese Weise der Entstehung von Uterusneubildungen, speciell des

Carcinomes vorbeugen könne, wenn man dieses Verfahren constant, längere Zeit hindurch, während der Menstruationszeit übt, natürlich aber nur dann, wenn blos Blutungen verdächtiger Natur da sind, nicht aber bereits ein ausgesprochenes Neoplasma. Je weniger Blut das Weib während der Menstruation verliert, gleichgiltig ob sie gesund oder krank ist, desto besser ist es für sie. Der Ideengang ist der gleiche wie bei *Loewenthal*, der vor einigen Jahren in seinen Publicationen den Rath gab, die profuse Menstruation mittelst Heisswasserirrigation der Vagina zu unterdrücken. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

191. ***Einseitige, unwillkürliche Lidheberwirkung beim Kauen.*** *Von Dr.* **Fränkel** *in Chemnitz. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. November 1888.)*

192. ***Ueber eine eigenthümliche Art von Mitbewegung des paretischen oberen Lides bei einseitiger congenitaler Ptosis.*** *Von* **M. Bernhardt.** *(Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1888. XI. 15.)*

193. ***Ueber einen Fall von abnormer einseitiger Lidhebung bei Bewegungen des Unterkiefers.*** *Von Dr.* **W. Uhthoff.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1888. 36.)*

194. ***Synchronous movements of the upper lid and maxilla.*** *Von* **O. Bull** *(Christiania). (Arch. of Ophthalmol. 1888. XII. 2.)*

195. ***Einseitige angeborene Ptosis, Mitbewegung des Oberlides bei Unterkieferbewegungen.*** *Von Prof.* **v. Reuss.** *Sitzungsber. der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. (Wiener klin. Wochenschrift. 1889. 4.)*

Im Jahre 1883 hat *M. Gunn* in der ophthalmologischen Gesellschaft für Grossbritannien und Irland (Transact. of the ophthalm. Soc. of the united Kingdom. III, pag. 283) ein 15jähr. Mädchen mit linksseitiger congenitaler Ptosis vorgestellt, bei der das Oberlid plötzlich emporschnellte, sobald der Unterkiefer nach rechts bewegt wurde und in dieser Stellung blieb, so lange der Unterkiefer seine Stellung beibehielt oder nach vorne bewegt wurde. Die linke Pupille war etwas enger. Die zur Untersuchung des Falles niedergesetzte Commission constatirte, dass der Levator sich contrahirt, wenn der Pterygoideus externus in Thätigkeit gesetzt wird, aber nicht umgekehrt. Es wird offenbar der Levator zugleich durch den Oculomotoriuskern und durch diejenigen Fasern des Trigeminuskernes innervirt, welche den Pterygoideus externus verlegen. Wegen der unvollkommenen Innervation durch den Oculomotoriuskern ist anzunehmen, dass die Fasern der Levatorportion dieses Kernes nicht sämmtlich vom Oculomotoriuskern, sondern theilweise vom Trigeminuskern herkommen.

Im Jahre 1887 berichtet *Helfreich* in der Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg (Bericht über die 19. Versammlung, pag. 82) über 2 junge Mädchen von 14 und 17 Jahren mit Ptosis auf je einem Auge, bei denen beim Oeffnen des Mundes plötzlich und ruckweise eine sehr erhebliche Hebung



des Oberlides erfolgte, während das andere Auge ruhig blieb. Bei einer Patientin war auch der M. rectus sup. auf demselben Auge wenig leistungsfähig. *Helfreich* meint, dass aus dem Kerne eines der beiden Nerven, die sich zum M. biventer begeben (N. facialis und trigeminus), ausnahmsweise eine gewisse Menge von Fasern in die Oculomotoriusbahn übergehe, ohne mit dem Oculomotoriuskern selbst in Verbindung zu treten. Das Oculomotoriuscentrum sei in seinen lateralen und mittleren Partien weniger entwickelt. Da die Bewegung einseitig sei, könne es sich nicht um eine physiologische Synergie zwischen M. biventer und M. levator handeln. In der Discussion, die sich an den Vortrag knüpfte, erwähnt *Fuchs*, dass er in Wien einen Herrn kenne, bei dem beim Oeffnen des Mundes sich das Oberlid etwas hebe, was in geringem Grade auch beim Sprechen zu beobachten sei. Ptosis ist in diesem Falle nicht vorhanden. *Fränkl* erwähnt an demselben Orte eines ähnlichen Falles, den er jetzt ausführlicher beschreibt. Es handelte sich um ein im Jahre 1882 7jähriges Mädchen mit ganz normalen Muskelverhältnissen, bei welchem, sobald bei gesenkter Blickebene gekaut wurde, eine ruckweise Hebung des rechten oberen Lides eintrat, weit über die sonstige physiologische Wirkung des Levators. Der Zustand war angeboren und bis 1885 gleichgeblieben. Seitdem ist eine mässige Ptosis am rechten Auge eingetreten und die Lidhebung beim Kauen (blosses Oeffnen des Mundes ruft keine Wirkung hervor) ist nicht mehr so ausgiebig, wie früher. An eine unvollkommene Entwicklung des Oculomotoriuscentrums ist also hier nicht zu denken. *Bernhardt* berichtet über einen 7jähr. Knaben mit unvollkommener Ptosis rechts; das Lid hebt sich, sobald der Knabe Kaubewegungen macht. Er macht aufmerksam, dass auf den Oculomotorius wohl der Hauptnachdruck gelegt werden müsse, da er nicht nur den vorderen Bauch des M. biventer, sondern auch den M. myohyoideus und geniohyoideus, die ebenfalls den Unterkiefer mit herabziehen, innervirt. Er erinnert an die Versuche von *Hensen* und *Völkers*, wonach der vordere Theil des Oculomotoriuskernes für die Accommodation und Irisbewegungen bestimmt ist, dann die Abschnitte für M. rectus internus folgen, weiter hinten die für M. rectus superior und Levator palp. superioris. Da ein nicht unbedeutender Antheil der motorischen Trigeminuswurzel aus Ganglienzellen dicht über dem Oculomotoriuskern hervorgehen, so könne man leicht an eine vicariirende Versorgung der mangelhaft entwickelten Oculomotoriusäste durch den benachbarten motorischen Trigeminuskern denken.

Uhthoff hat ein 19jähr. Mädchen beobachtet, die an mässiger Ptosis linkerseits leidet, und bei der sich das Lid hebt, wenn sie den Mund öffnet, welcher Zustand persistirt, so lange sie den Mund offen hält oder Kaubewegungen macht, auch seitliche Bewegung des Kiefers nach rechts (aber nicht nach links) bringt Lidhebung hervor. Der Zustand soll nach Angabe der Eltern erst seit dem 6. Lebensjahre bestehen.

In dem Falle *Bull's* handelte es sich um einen 19jährigen Burschen mit rechtsseitiger congenitaler Ptosis; bei Oeffnen des Mundes erweitert sich die Lidspalte derart, dass der grösste Theil der Pupille sichtbar wird. Die Beweglichkeit des rechten Auges nach oben ist sehr beschränkt. Wird das linke Auge geschlossen,



kann das rechte Auge ebensoweit geöffnet werden, wie wenn der Mund geöffnet wird, aber nicht weiter, wenn der Mund dann auch noch geöffnet wird. Dieses letztere Ergebniss steht mit den Erklärungsweisen der englischen Commission und *Helfreich's* nicht in Uebereinstimmung. *Reuss* stellte der Wiener Gesellschaft der Aerzte einen 18jährigen jungen Mann mit angeborener linksseitiger Ptosis vor, der gleichzeitig das Auge nur mangelhaft nach oben bewegen konnte. Im Uebrigen war das Auge objectiv und functionell normal wie das rechte. Beim Oeffnen des Mundes, bei Rechtsbewegung des Unterkiefers, sowie bei Verschieben desselben erfolgt weites Oeffnen der Lidspalte. Auch bei Verschluss des rechten Auges öffnet der Kranke das Auge in mässigem Grade, kann es aber, abweichend von dem Falle *Bull's*, noch weiter öffnen, sobald der Mund geöffnet wird. *Reuss* hat auch einem dem Falle von *Fuchs* ähnlichen Fall gesehen, besitzt aber keine weiteren Aufzeichnungen darüber. *v. Reuss.*

196. ***Schlagaderverstopfung in der Retina durch einfaches Reiben sofort geheilt.*** *Klinische Casuistik von Prof.* ***Hirschberg.*** *(Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1888. October.)*

„Es gibt erstaunliche Fälle, die wir nur glauben, wenn wir selber sie gesehen“, sagt *Hirschberg*, hierher gehört der folgende: Ein 52jähriger sehr nervöser Herr bemerkt Nachmittags auf der Börse Schmerzen im Kopfe, Schimmern vor dem rechten Auge und Verschlechterung des Sehens; zu Hause sah er eine subjective Lichterscheinung wie ein Feuerwerk für einige Minuten; der Schleier blieb. Abends war Sehschärfe kleiner als $^{15}/_{200}$, Sn XXX wurde mit + 6″ in 6″ gelesen (das linke Auge war normal), ein sectorenförmiger Gesichtsausfall war vorhanden, dessen Breite fast den ganzen inneren oberen Quadranten betraf, während die schmale Spitze durch den Fixirpunkt hindurchging und gegen den blinden Fleck zielte. Der nach aussen unten ziehende Netzhautarterienast war für 4 Papillenbreiten normal, auch in der Blutfärbung, hierauf folgte eine kurze Strecke von $^{1}/_{3}$ Papillendiameter, wo die Schlagader ein bräunliches linienförmiges Gerinnsel enthielt, darnach folgte nach ganz kurzem Zwischenraum ein ganz dunkelbraunes Aussehen der feineren breiteren Arterienverzweigung, in der kurze Strecken unsichtbar waren, so dass das Arterienrohr unterbrochen erschien. Zartes Oedem der Netzhautmitte. *Hirschberg* liess das Auge nasenwärts blicken und übte kräftige Reibungen auf den hinteren Schläfentheil des Augapfels bis Schmerz, Thränen und Lichterscheinungen, etwa nach einer Minute, Stillstand geboten. Der Kranke gab bald Besserung der Sehkraft an; auf dem Heimwege wurde das Sehen normal. Am folgenden Vormittag war das rechte Auge in jeder Beziehung so gesund, wie das linke. Ob der Fall von selber sich gebessert hätte, weiss *Hirschberg* nicht. Er hielt den Heilversuch für unumgänglich geboten. *v. Reuss.*

197. ***Die locale Behandlung des Kieferhöhlen-Empyems.*** *Von* ***Bronner.*** *(The Lancet. 25. Aug. 1888. — Deutsche med. Zeitung. 1888. 89.)*

Verf. stellt die Indicationen für die einzelnen Methoden derart, dass da, wo der Eiter hervorquillt, der Sinus geöffnet



werden müsse. Wenn möglich erweitere man die natürliche Oeffnung; wenn dies nicht angeht, so operire man nach *Mikulicz*. Der Processus alveolaris sollte nur eröffnet werden: 1. bei sehr acuten und schmerzhaften Fällen, 2. wenn die Nasenhöhle zu eng ist, 3. wenn der erste oder zweite Molarzahn lose ist und Eiter nach ihrer Entfernung hervorquillt.

Dermatologie und Syphilis.

198. ***Ueber die therapeutische Verwendung des Quecksilbersalicylates.*** *Von Dr. Plumert. (Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. 1888. H. 5.)*

Die Lösung des in Wasser schwer löslichen Salzes wird in der Weise erzielt, dass man 10 Gramm salicylsaures Quecksilber mit 15—20 Gramm in Wasser gelöstem Chlornatrium verreibt, hierauf mit 200 Gramm Wasser im Wasserbade bis zur vollständigen Lösung erhitzt. Diese Lösung wird dann mit Wasser bis auf 3000 Gramm verdünnt, in welcher Verdünnung das Quecksilbersalz in Lösung bleibt. Bei Urethritis wurde eine merkliche Abkürzung des Processes mit diesem Präparate nicht erreicht. Bei venerischen und syphilitischen Geschwürsprocessen wurden die betreffenden Geschwüre mittelst Watte, welche in einprocentige Lösung getaucht war — und wegen der Gefahr tieferer Aetzschorfe und artificieller Eczeme in der Umgebung nicht allzu nass applicirt wurde — verbunden. Bereits in 2—3 Tagen, nach Einleitung der Behandlung, reinigten sich die Geschwüre und heilten ziemlich rasch ab. Die Patienten hatten nach dem Auflegen der Watte ein mehr oder minder starkes Gefühl von Brennen. Die desinficirende und desodorisirende Eigenschaft des Präparates zeigte sich besonders deutlich bei zwei Fällen von ausgebreiteter Gangrän des Präputium wegen Phimose. Hierbei wurden Irrigationen in den Präputialsack mit 1procentigem Verbandwasser vorgenommen. Führte dieses Verfahren zu Eczem, so kam eine Vaselinsalbe 1:30—1:25 in Verwendung. Das Quecksilbersalicylat wurde ferner mit Magnesia 1:30—1:20 in Form eines Streupulvers verwendet. Das Quecksilbersalicylat wird von alkalischen Flüssigkeiten nicht gefällt und bewirkt dessen Lösung, in keiner Concentration, Gerinnung des Eiweisses, es ist daher zu subcutanen Injectionen besonders geeignet. Die Injectionsflüssigkeit für subcutanen Gebrauch ist einprocentig. Als Lösemittel dienten Kochsalz, später Kaliumcarbonat. Die Injectionsflüssigkeit wurde möglichst kurze Zeit vor dem Gebrauche bereitet und besonders darauf geachtet, dass sie unverfärbt und frei von Niederschlägen war. Es wurde 1 Cubikcentimeter der Lösung, und zwar in die Tiefe des Unterhautzellgewebes injicirt. Nach wenigen Minuten trat leichtes Brennen ein, das eine halbe bis zwei Stunden anhielt. Bleibendes Infiltrat oder Abscesse kamen niemals vor. Die Injection wurde bei Exanthemen der Früh- und Spätperiode, Condylomen der Mundschleimhaut und des Afters, bei Drüsenanschwellungen und in einem Falle von maligner Syphilis, durch-



wegs mit befriedigendem Erfolge versucht. Nur in einem Falle, und zwar hier erst nach der 30. Injection, trat Stomatitis auf. Intern kam das Quecksilbersalicylat in Pillen zu 25 Milligramm Hydrarg. salicyl. 2—4 Pillen täglich in Anwendung, es wurde gut vertragen und Stomatitis trat nur in einem Falle auf. Die Medication war eine wirksame, namentlich involvirten sich die Exantheme rasch. Die gebräuchliche Verschreibungsweise des Medicamentes ist folgende:

Rp. *Hydrarg. salicyl.*
Kali carbon. ana 1—3
Aqu. destill. 1000·0
S. Tripperinjection.

Rp. *Hydrarg. salicyl.*
Kali carbon. ana 1·0
Aqu. destill. 100·0
S. Verbandwasser.

Rp. *Hydrarg. salicyl. 1·0*
Vaselini 30·0
S. Salbe.

Rp. *Hydrarg. salicyl. 1·0*
Magn. carb. 20·0
S. Streupulver.

Rp. *Hydrarg salicyl.*
Kali carbon. ana 0·1
Aqu. destill. 100·0
S. Zu subcutanen Inject.

Rp. *Hydrarg. salicyl.*
Pulv. et extr. rad. acori 2·5
ana qu. suff. ut f. pil. N. 1000.

199. ***Ueber Pasten.*** *Von Dr.* **Gruendler.** *(Monatsh. f. prakt. Dermatol. 20.)*

Da Aufsaugungsfähigkeit und Fixation der Mittel auf der Haut die Pasten vor Allem auszeichnen, so prüft *Gruendler* im Einzelnen nach diesen beiden Seiten hin die zur Pastenbereitung verwandten Körper. In ersterer Beziehung nimmt nach *Gruendler* den Hauptplatz die Magnesia carbonica ein, welche das $5^1/_2$fache ihres Gewichtes an Wasser und das $7^1/_2$fache an Oel in sich aufsaugen kann; Kieselguhr, Bolus alba, Zinkoxyd, Amylum folgen sodann. Nach der anderen Seite hin leistet aber Magnesia carbonica nichts. Sie wird also vortrefflich sein als Streupuder, allein oder mit Zinkoxyd gemischt, „zur Aufsaugung auf stark secernirenden Flächen". — Für die Pastenbereitung kommt sie höchstens als Zusatz vom ersteren Gesichtspunkte aus in Betracht. Um eine feste Decke, einen trockenen Rückstand hingegen auf der Haut zu fixiren, wird man vor Allem Kieselguhr wählen, dessen zehnprocentiger Zusatz zu allen Salben „die letzteren in vorzügliche Pasten verwandelt". Kieselguhr und sodann Bolus alba, Amylum, Zinkoxyd einerseits, thierische, weniger pflanzliche Fette anderseits, bilden nach *Gruendler* die Basis für Bereitung der Pasten. *Friedheim,* Leipzig.

200. ***Ueber Mercurvergiftung bei der Behandlung der Syphilis.*** *Von Dr.* **Schuster.** *(Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1888. 20.)*

Schuster hält bei Behandlung schwächlicher oder anämischer Personen eine besonders vorsichtige Dosirung der Quecksilbergaben für dringend nothwendig. — Bei einem in Folge acuten Gelenkrheumatismus anämischen Kranken beobachtete *Schuster* nach einer Injection von 0·005 Cyanquecksilber Blutdiarrhöen, welche tagelang anhielten; bei einem schwächlichen Kranken, der an Periostitis der Schädelknochen litt, sah *Schuster* nach einer Injection von 0·05 Calomel „eine heftige Salivation mit be-

denklichem Kräfteverfall" eintreten; bei einer anämischen Kranken endlich, die mit zerfallenden Gummen und Periostitis behaftet war, konnte er nach jedesmaliger Inunction von 3 Grm. grauer Salbe Schwächezufälle mit Erbrechen wahrnehmen. Vor Allem räth *Schuster* in allen denjenigen Fällen speciell Zurückhaltung an, wo eine Anämie des Gehirns zu vermuthen ist. Bei Eintritt des Mercurialismus setzt er stets die Quecksilberbehandlung aus. In schweren verzweifelten Fällen mit Erbrechen, blutigen Stühlen, Kräfteverfall, schliesst er sich den Erfahrungen *Kaufmann's* in Betreff der Atropinbehandlung an. *Friedheim,* Leipzig.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

201. ***Experimentelle Untersuchungen über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse.*** *Von Dr.* ***Thomas Drobniek*** ***in Königsberg.*** *(Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie. 1888. XXV. 2, pag. 136.)*

Auf Anregung von ***Mikulicz*** unternahm es Verfasser, die Frage nach den Folgen der Schilddrüsenexstirpation durch Thierversuche neuerdings aufzuklären. An Hunden traten nach Entfernung der Schilddrüsen folgende Symptome auf: Fibrilläre Zuckungen und clonische Krämpfe der ganzen palpablen Musculatur; exspiratorische Dyspnoe; Verlangsamung und Arhythmie der Herzschläge; in einigen Fällen Erbrechen; Verlust der Fähigkeit zum Bellen; Paraplegien im Gebiete des Trigeminus; Zerstörung des Bulbus; Drehung des Bulbus in der Richtung nach oben. Diesen Symptomen stand als pathologisch-anatomischer Befund nur eine spindelförmige Auftreibung des Recurrens an der Stelle, wo er in der unmittelbarsten Nähe des Schilddrüsenlappens liegt, gegenüber, ferner eine Verwachsung der Verbindungsäste zwischen N. laryng. sup. und N. recurrens mit der Narbenmasse. — Von acht Thieren mit Schilddrüsenexstirpation blieben zwei am Leben, *Drobniek* hält daher die Schilddrüse für ein für das Leben des Hundes nicht absolut nothwendiges Organ. Das Resultat seiner Untersuchungen fasst Verfasser in folgende Sätze: 1. Die Symptome, welche nach der Schilddrüsenexstirpation bei der Mehrzahl der Hunde auftreten, sind nicht durch den Ausfall irgend einer hypothetischen Schilddrüsenfunction zu erklären, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach als Reflexerscheinungen von der Wunde aus zu deuten. 2. Der Symptomencomplex der sogenannten Cachexia strumipriva ist nicht homolog dem Zustande, der bei Hunden nach Exstirpation der Schilddrüse zu Tage zu treten pflegt. 3. Der letztere ist der Tetanie des Menschen gleichwerthig. *—r.*



Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

202. ***Gelungene Simulation militärpflichtiger Brüder.*** *Von Dr.* ***Klose,*** *Kreisphysicus in Oppeln. (Breslauer ärztl. Zeitschr. 1889. 2.)*

Den 23. Juli 1886 lief in dem Landrathsamt zu O. eine anonyme Denunciation des Inhalts ein, der militärpflichtige F. H. aus C. habe sich vor den Vorstellungen der Ersatzcommission Bienen auf den Hodensack gesetzt, um durch die erzielte Anschwellung einen Bruch vorzutäuschen, ebenso, sagt der Briefschreiber, haben es seine (des F. H.) Brüder gemacht, die dadurch vom Militärdienst befreit worden seien und nun jeden auslachten, der zum Militär komme. Den 7. März 1877 gelangte F. H. zur Untersuchung bei Gelegenheit des Oberersatzgeschäftes. Diese ergab, dass der Hodensack desselben in Folge Durchtränkung mit Flüssigkeit, welche mit besonderer Leichtigkeit von der dadurch zu einer durchsichtigen Blase erhobenen Vorhaut des Gliedes erkannt werden konnte, geröthet und geschwollen war. Die Haut des Hodensackes mit Einschluss des darunter liegenden zelligen Bindegewebes war erheblich verdickt durch die in derselben enthaltene Flüssigkeit, so dass der Hodensack etwa die Grösse einer Faust erhalten hatte. Derselbe fühlte sich etwas heiss an, Spuren von Verletzungen waren daran nicht zu sehen. Da eine allgemeine Erkrankung ausgeschlossen werden musste und die entzündlichen Erscheinungen den örtlichen Ursprung des Leidens verriethen, erschien der Verdacht, dass der F. H. sich dasselbe selbst erzeugt hatte, gerechtfertigt. Eine Untersuchung des F. H. im October 1887 zeigte eine ganz normale Beschaffenheit des Hodensackes, der Hoden und des männlichen Gliedes. Die Angabe, welche F. H. den 21. April 1887 vor dem Untersuchungsrichter machte, er sei vor dem Gestellungstermine auf Baumäste gefallen, wurde, als nicht im Einklang stehend mit dem Befund bei der Gestellung, als unwahr zurückgewiesen. Den 13. Februar 1888 fand die Hauptverhandlung vor der Strafkammer zu O. statt. Die DDr. *H.* und *S.* hielten ihr bereits früher abgegebenes Gutachten, dem sich auch Dr. *Klose* anschloss, aufrecht, wiesen auch die später auftretende Angabe des F. H., er habe auf dem Wege zum Gestellungstermine seine Nothdurft verrichten wollen und sei hierbei mit dem entblössten Hintern in Nesseln gefallen, wobei das Scrotum und der Penis in der vorgefundenen Weise verletzt wurde, mit der Begründung zurück, dass eine Verbrennung mit Nesseln eine Quaddelbildung auf der Haut verursache, die bei F. H. nicht vorhanden war und dass es nicht wohl ersichtlich ist, wie bei einem Fall in die Nesseln mit dem entblössten Hintertheil gerade nur Scrotum und Penis verletzt sein sollen mit Schonung aller anderen Körpertheile. Die Zeugen, welche angaben, der Vater des F. H., sowie dieser selbst, habe ihnen die Art und Weise, wie die Brüder und der Angeklagte versucht haben, vom Militärdienst frei zu kommen, nämlich durch Ansetzen von Bienen, erzählt, waren vollkommen glaubwürdige Personen, der sachverständige Befund widersprach den Angaben nicht, und so konnte es nicht aus-



bleiben, dass die Verurtheilung erfolgte. Das eingangs erwähnte anonyme Schreiben schuldigte auch die Brüder an, sich gegen §. 143 des Deutschen Reichsstrafgesetzbuches vergangen zu haben. Es waren dies J. und A. H. J. zeigte bei der Gestellung das erste Mal „Kniegeschwulst rechts“, das zweite und dritte Jahr „Anschwellung des rechten Unterschenkels“. J. zeigte alle drei Jahre Anschwellung des rechten Knies und allgemeine Körperschwäche. Was die Art und Weise des Ansetzens der Bienen anbetrifft, so sollen dieselben — wie zuverlässige Leute aus C. mittheilten — in starrem Zustande (die Gestellung ist im Monat März) auf die gewünschte Körperstelle gesetzt und angehaucht werden, wobei sie erwachen und stechen.

203. ***Ueber die nach dem Ende der Involutionsperiode erkennbaren Zeichen einer vorausgegangenen Geburt und deren Bedeutung bei gerichtlich-medicinischen Untersuchungen.*** *Von Dr.* ***Emil Rode*** *in Christiania. (Nordisk. medisk. Arkiv. 1888. 2.)*

In seiner gekrönten Preisschrift stützt sich der Verfasser theils auf die Explorationsprotokolle der Entbindungsanstalt zu Christiania und die Untersuchungen bei Sectionen im dortigen Reichshospital, theils auf eigene Untersuchungen an 518 Frauen, von denen 238 vor mehr als 30 und und 37 kürzere Zeit vorher geboren hatten, während 198 niemals schwanger gewesen waren. Das Verhalten der Scheide ist für die gerichtsärztliche Praxis demnach nur von untergeordnetem Interesse und namentlich ist die klaffende Beschaffenheit der Vulva, wenn sie sich bei Personen, welche geboren haben, etwas häufiger findet, ein normaler Befund bei vielen niemals geboren habenden Frauen und selbst bei Kindern. Es kommt dabei wesentlich auf die Verschiedenheit der Grössenverhältnisse der Labien an, und insbesondere auf die grössere oder geringere Länge der Labia minora und das Vorhandensein eines Frenulums oder dessen Abwesenheit. Sind dieselben lang und bilden sie ein Frenulum, so ist das Klaffen der Vulva in allen Fällen vorhanden. Die Configuration der Scheide ist übrigens auch von wesentlicher Bedeutung für das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Einrissen und davon herrührenden Narben in der Vulva. Die Häufigkeit von Dammrissen stellte sich unter 2029 Geburten in der Entbindungsanstalt zu Christiania auf 24·4%, 34·8 bei Erstgebärenden, 6·8 bei Mehrgebärenden, in *Rode's* Praxis im Ganzen auf 30%, wobei jedoch die Risse sowohl auf der Innen- als auf der Aussenfläche des Perineums und somit viele, welche geburtshilfliches Interesse nicht besitzen, nicht gerechnet sind. Dass Ruptura perinei ein gutes Zeichen für stattgehabte Geburt ist, liegt freilich auf der Hand, doch ist auch für diese das Verhalten der Schamlippen massgebend. Bei Vorhandensein kurzer Labia minora kamen sie in 49%, bei langen Labia minora nur bei 5·4% vor. Bemerkenswerth ist, dass sich bei den Frauen der ersten Kategorie in Vagina und Vulva meist 2 Narben, bei denen der zweiten Kategorie kaum eine findet; in 13 Fällen der letzteren Art fand *Rode* überhaupt keine Narbe, obschon eine der Frauen nicht weniger als fünfmal geboren hatte. Medicinisch-forensisch ist somit der Satz gerechtfertigt, dass,



wenn auch das Vorhandensein von Narben im Mittelfleisch und Scheide, somit solche nicht nachweislich luetische oder durch mechanische Gewalt veranlasst sind (wovon *Rode* einen Fall beobachtete, wo ein junger Ehemann, in Verzweiflung keinen Eingang finden zu können, mit dem Finger lege artis einen 2 Cm. langen Dammriss erzeugte, der eine entsprechende Narbe zurückliess) ein gutes Zeichen stattgefundener Geburt ist, zumal da die durch die Geburt entstandenen Narben ein charakteristisches Aussehen und einen typischen Platz haben, andererseits dass deren Fehlen besonders bei langen Schamlippen das Vorausgehen einer Geburt durchaus nicht ausschliesst. Das Vorhandengewesensein von Frühgeburten führt auch bei kurzen Schamlippen nur ausnahmsweise zu Rissen. Die Beschaffenheit des Hymens hält *Rode* für forensisch wenig bedeutsam. Von grösstem Gewicht ist dagegen die der Gebärmutter, deren Vaginalportion bei Frauen, welche nicht geboren haben, einen kleinen Kegel bildet, während dieselben bei denjenigen, welche Kinder gehabt haben, sowohl von vorne nach hinten als von oben nach unten abgeplattet ist. *Rode* fand den äusseren Muttermund bei 168 nicht schwanger gewesenen Frauen oval, in 83%, bei 449 zum ersten Male Schwangeren in 72% rund; nach mehrmaligen Geburten bildete derselbe stets eine Querspalte, dabei in mehr als der Hälfte der Fälle mit Lippen und Einziehungen. Nur bei dem Abortus ist das Verhalten des Muttermundes nicht entscheidend, da hier bei $^1/_3$ der Fälle (12 unter 37) der Muttermund rund oder oval bleibt. Wesentlich ist auch die Länge des Uterus, die nach *Rode's* Messungen bei Nulliparen im Durchschnitt 6·08 (Maximum 8·5, Minimum 4·5), bei solchen, die nur abortirt hatten 6·67, bei solchen, welche ausgewachsene Kinder geboren hatten 7·14 (Maximum 3·14, Minimum 5·5) betrug; doch ist die absolute Menge weniger von Bedeutung, als ihr Verhältniss zu der Entfernung der Orificien. Letztere beträgt bei Frauen, welche geboren haben, fast constant 2·5 Cm., bei den Nulliparen ist sie grösser, aber nicht immer gleich, sondern den Dimensionen des Uterus entsprechend. Das Verhalten der Mamma ist sehr variabel, nur die weissen Flecke im secundären Ringe der Brustwarzen sind, wenn sie vorhanden sind, als charakteristisch anzusehen. *Th. Husemann.*

204. ***Die Widerstandsfähigkeit der Cholerabacterien gegen das Eintrocknen und gegen Hitze.*** *Von Dr.* ***S. Kitasato*** *aus Tokio. Aus dem hygien. Institut der Universität Berlin. (Zeitschrift für Hygiene. 5. 1.)*

Um über die sich vielfach widersprechenden Ansichten der Autoren bezüglich der Existenz von Dauerformen der Cholerabacterien Aufklärung zu schaffen, hat Verf. in *Koch's* Laboratorium die Widerstandsfähigkeit der Cholerabacterien, welche in verschiedener Weise gezüchtet waren, gegen das Eintrocknen und gegen Hitze geprüft. Zunächst wurde festgestellt, dass zwischen älteren und jüngeren Culturen der Cholerabacterien kein Unterschied bezüglich ihrer Widerstandsfähigkeit gegen Eintrocknen und Hitze besteht. Die Zeitdauer des Absterbens der Cholerabacterien nach dem Eintrocknen hängt von der Art und Weise ab, wie man das Material präparirt. So sind diejenigen Culturen,

die von Seidenfäden aufgenommen sind, relativ länger lebensfähig als diejenigen, welche auf dem Deckglas in dünner Schicht ausgebreitet waren. Es liegt das offenbar daran, dass bei den ersteren viel später ein vollständiges Eintrocknen erfolgt als bei den letzteren. Die Zeitdauer des Absterbens hängt ferner ab von der Beschaffenheit der Culturen selbst, so bleiben die Häutchen von der Oberfläche der Bouillonculturen, ebenso wie die breiartige und zähschleimige Cultur von der Oberfläche des Agar und der Kartoffeln auf dem Deckglas länger lebensfähig als die bacillenhaltige flüssige Bouillon. Ein wesentlich verschiedenes Verhalten der Choleraculturen gegen Temperaturen von 50—60° hat sich nicht ergeben. Die unter einander abweichenden früheren Angaben über die Widerstandsfähigkeit der Cholerabacterien gegen das Eintrocknen finden in ungezwungener Weise ihre Erklärung in der verschiedenen Art und Weise, unter welchen das Eintrocknen vor sich geht; je schneller und vollkommener dasselbe erfolgt, um so schneller sterben die Cholerabacterien ab. Einen besonderen Dauerzustand, welcher die Bacillen an und für sich widerstandsfähiger gegen das Eintrocknen macht, konnte Verf. nicht nachweisen. Schliesslich fand Verf., dass die in alten Culturen vorhandenen Körnchen zu dem Auskeimen der Bacillen in keiner Beziehung stehen. *Schnirer,* Wien.

205. ***Sur l'origine équine du tétanus.*** *Von Dr.* ***J. Gailhard.*** *(L'union médicale. 1888. 91. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1888. 43.)*

Dass der Tetanus traumaticus parasitären Ursprungs sei, ist bereits mehrfach behauptet worden, und einige Forscher — *Socin, Verneuil, Berger* — traten für die Ansicht ein, der Tetanus entstehe durch Einwanderung einer Mikrobe, die dem Pferde entstamme. In allerletzter Zeit hatte *M. Berger* hierüber in der Académie de médecine zu Paris Mittheilungen gemacht. Gegen Letzteren wendet sich nun der Marinearzt *J. Gailhard* mit folgenden Einwänden: Er habe Tetanus beobachtet an Bord eines Schiffes, das Monate lang auf der Fahrt begriffen war, dessen Mannschaft das Ufer nicht betreten hatte, und wo auf dem ganzen Schiffe sich nichts finden liess, was jemals zu Pferden in Beziehung gestanden. Das Schiff war ganz neu, neu ausgerüstet und machte die erste Fahrt. Auf hoher See verletzte sich ein Mann derart, dass die Exarticulation des Handgelenkes nothwendig wurde. Bei normalem Heilungsverlaufe trat plötzlich am 16. Tage nach der Verletzung Tetanus auf mit letalem Ausgange. Das Schiff führte aber an Bord einiges Schlachtvieh mit. Sollte dieses die Vermittlerrolle gespielt haben? *Gailhard* berichtet, dass Polynesien seit Langem als Landstrich bekannt sei, wo Tetanus häufig vorkomme — auch auf den Inseln, wo bisher niemals ein Pferd gewesen.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

206. *Ueber die Beziehungen der Scrophulose zu einzelnen Symptomen derselben.*

Von **Dr. Emil Pins** *in Wien.*

Archiv für Kinderheilkunde. X. Band. II. Heft.

Referent **Dr. Veninger** *in Meran.*

Obwohl unter den verschiedenen Erscheinungen der Scrophulose die Rhinitis, Otorrhoe, Halsdrüsenschwellungen und Eczem sehr häufig vorkommen — so ist es doch oft ein diagnostischer Irrthum, von deren Vorhandensein ohneweiters auf Scrophulose als Grundleiden zu schliessen und führt dieser Irrthum auch zu therapeutischen Misserfolgen, indem solche Kinder jahrelang einer antiscrophulosen Allgemeinbehandlung ohne Erfolg auf das Localleiden unterzogen werden, welches hingegen einer entsprechenden Localtherapie in kürzester Zeit weicht.

I. Was zunächst die chronische Rhinitis (Ozaena) betrifft, so gilt diese seit den Arbeiten von *Gottstein*, *Michel*, *Zaufal* als Krankheit sui generis, welche ohne jede Dyscrasie zu Stande kommen kann. Nach *Gottstein*, der sie Rhinitis atrophicans foetida nennt, unterscheidet sie sich durch ihre Neigung, zur Atrophie der Nasenschleimhaut zu führen, wesentlich von der scrophulösen und syphilitischen Rhinitis, welche Hyperplasie und Hypertrophie, oder wie die letztere, oft chronische Perichondritis der Nasenscheidewand verursacht. — *Zaufal* findet eine Disposition dazu nicht in einer Dyscrasie, sondern oft in abnormer Weite des Nasenganges, der die Anhäufung und Zersetzung des massenhaft abgesonderten Secretes begünstigt. *Krause* und *Habermann* leiten den Fötor von Fettmetamorphose des Endothels und Entstehung von Fettsäuren her. *Rohrer* und *Hayek* haben einen Mikroorganismus gefunden, der diese Zersetzung bedingen soll und der überimpfbar ist. — Aber auch der einfache chronische eitrige Nasencatarrh, der im Kindesalter überaus häufig ist, wird oft als Symptom der Scrophulose gedeutet, sowohl wegen seiner Häufigkeit, als auch wegen seiner langen Dauer, obwohl dieselbe durch mechanische Ursache unterhalten wird, so durch mangelhafte Entfernung des Nasensecretes oder durch den Reiz fremder Körper in der Nase, z. B. eingeführte und vergessene Bohnen oder Erbsen, die nicht selten zu keimen beginnen, in solchen Fällen kann thatsächlich das Bild der torpiden Scrophulose vorgetäuscht werden, es entstehen durch Bohren mit den Fingern Excoriationen, Krustenbildung, Eczem an der Nase, Schwellung der Nase und der O b e r l i p p e. Aber auch die Nachbarorgane des Rachens, des Ohres, des Auges können sich bei einfacher chronischer Rhinitis ebenso betheiligen wie bei Scrophulose, als Schwellung der Pharynxtonsille, als sogenannte adenoide Vegetationen, als Conjunctivitis follicul. Endlich kann auch die Schwellung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen die Täuschung



noch erhöhen, indem die Resorption des Eiters aus dem localen Processe in der Nase und im Rachen hinreicht, um die gedachten Drüsen zur Schwellung zu bringen. Diese adenoiden Wucherungen behindern weiters die Athmung, den Schlaf, den Appetit und beeinträchtigen die allgemeine Ernährung und Blutbereitung. — Massgebend für die Unterscheidung der localen gemeinen Rhinitis und einer solchen auf scrophulöser Grundlage ist nach Verfasser das Verhalten des knöchernen Nasengerüstes und des äusseren Habitus der Nase. Es kommt bei Scrophulosis zu Perichondritis, resp. Periostitis der Nasenwurzelknochen mit consecutiver Bindegewebswucherung. Die äussere Nase ist bei Berührung schmerzhaft und in toto verdickt, somit sind Druckempfindlichkeit und bleibende Anschwellung der Nase charakteristisch für scrophulöse Rhinitis. Bei syphilitischer Rhinitis hingegen ist der Ausgang in Necrose und Perforation der Nasenscheidewand das häufigste, niemals kommt es zur Bindegewebswucherung und allgemeiner Verdickung. Ein weiterer Anhaltspunkt für die Differentialdiagnose ist der Erfolg der Therapie. Während die scrophulose Rhinitis durch die Allgemeinbehandlung allein geheilt wird, nutzt gegen die locale chronische Rhinitis mit ihren Folgezuständen, als: Rachencatarrh, adenoiden Vegetationen und Drüsenschwellungen, nur die locale Behandlung oft in der kürzesten Zeit. Verfasser führt als Beispiel einen sechsjährigen Knaben an, der in Folge eines durch vier Monate in der Nase befindlichen Fremdkörpers (Erbse) alle oben angeführten, eine scrophulöse Rhinitis vortäuschenden Symptome bot, mit besonders starker Drüseninfiltration, und welcher nach Entfernung des Fremdkörpers und localer Behandlung mittelst täglich ein- bis zweimaliger Durchspülung der Nase mit *Acid. salicyl. 1·0, Natr. chlorat. 10·0* auf 1 Liter laues Wasser in wenigen Wochen vollkommen geheilt war. — Wogegen Jodsalben, Soolbäder und Roncegnowasser monatelang erfolglos angewendet worden waren.

II. Auch eine zweite häufige Begleiterscheinung der Scrophulose — die Otorrhoe, als Ausdruck der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung — darf nicht ohneweiters als scrophulös aufgefasst werden, da im Kindesalter gar verschiedene Ursachen, z. B. äussere Einflüsse, Erkältungen, acute und chronische Nasencatarrhe, Scarlatina, Morbillen, Variola, Typhus, Diphtheritis, Pneumonie, Keuchhusten dieselbe verursachen können und selbst ein epidemisches Vorkommen beobachtet wurde. Wie die durch Scrophulose veranlasste Rhinitis, so ist auch die Otorrhoe, wenn sie auf scrophulöser Basis beruht, sehr wohl und bestimmt charakterisirt; und zwar zunächst durch ihr langsames, indolentes schmerzloses Zustandekommen, im Gegensatze zu der, unter heftigen Schmerzen und Fieber und oft stürmischen cerebralen Erscheinungen auftretenden einfachen eitrigen Mittelohrentzündung. Dann aber durch ihren häufigen Ausgang in Caries des Os petrosum einerseits, entsprechend der Tendenz des scrophulösen Processes zu Knochenerkrankungen (Spondylitis, Spina ventosa), und in bindegewebige Adhäsionen der einzelnen Theile des Mittelohres mit schwerer Schädigung des Hörvermögens und continuirlichen subjectiven Geräuschen andererseits. — Nur die scarlatinöse Otitis media führt ebenso rasch zur Schmelzung des



Trommelfelles, wie die scrophulöse — kann aber durch die Anamnese von dieser getrennt werden. Auch aus der langen Dauer und Hartnäckigkeit einer Otorrhoe kann man nicht auf deren scrophulöse Natur schliessen. Da jene Otorrhoen, welche durch Ozaena bedingt werden — nach *Baginsky* ist die Ozaena in 80% mit einer Mittelohraffection verbunden —, durch die Wucherung des adenoiden Gewebes unterhalten werden und nur durch gründlichste Entfernung dieser Wucherungen, sowie der etwa in der Paukenhöhle selbst gebildeten Schleimhautpolypen geheilt werden können. Kommt es in Folge einer chronischen eiterigen Otitis zur Entzündung in den Zellen des Warzenfortsatzes, so entsteht im Gegensatze zur Caries bei Scrophulose eine wohl charakterisirte reine Necrose.

III. Geschwellte und infiltrirte Lymphdrüsen, obzwar fast stets bei Scrophulösen zu treffen, weil in Folge des Reichthums an Lymphe, der langsameren Strömung der Lymphe und der Neigung der Lymphkörperchen zur Proliferation, sowie der vulnerableren Haut und Schleimhaut derselben, schon eine geringe Läsion und eine minimale Quantität phlogogener Substanzen zur Intumescirung der Drüsen genügt, können ebenfalls nicht ohneweiters die Diagnose auf Scrophulose begründen. Es kann nämlich, wie bereits früher erwähnt, auch die einfache chronische Rhinitis und Otitis, sowie andere Ursachen, z. B. starke Muskelanstrengung beim Turnen und Schwimmen, ganz abgesehen von den acuten Exanthemen — Leucämie und Syphilis — die Drüsen anschwellen machen. Seitdem im Inhalt scrophulöser Drüsen der *Koch*'sche Tuberkelbacillus constant nachgewiesen wurde, ist nach *Albrecht* das beste Kriterium der scrophulösen Drüsen die Ueberimpfbarkeit ihres Inhaltes. Auch bezüglich der äusseren Form und des Verlaufes gibt es prägnante Unterschiede. Während bei gesunden Individuen die aus irgend einer Ursache hypertrophirten Drüsen ihre ursprüngliche Spindelform beibehalten, sind die scrophulösen Drüsen, die meist ganz schmerzlos anschwellen, unregelmässig oder kugelig, durch frühzeitigen käsigen Zerfall sehr bald teigig weich und im Allgemeinen viel umfangreicher, in Form ganzer Packete. Es ist auch erklärlich aus der geringeren Widerstandskraft der zur Scrophulose disponirten und hereditär belasteten Kinder, dass sich bei solchen nach acuten Infectionskrankheiten, besonders Morbillen, Scharlach und Diphtheritis, leicht wirkliche Drüsenscrophulose entwickelt, immer ist es aber nur ein Bruchtheil der zur Beobachtung kommenden Lymphdrüsenschwellungen, der auf scrophulöse Dyscrasie entfällt.

IV. Das Eczem, das in Folge vulnerabler Hautdecken bei Kindern überhaupt und bei Scrophulösen insbesondere oft vorkommt, hat weder bezüglich der Form, noch bezüglich des Verlaufes etwas für die Scrophulose Charakteristisches. Es ist nicht, wie man es oft in der Kinderstube hört, als „Ableitung der scharfen Säfte“ zu betrachten, sondern erfordert eine eingehende locale Behandlung. — Besonders ist es das Eczema impetiginosum, welches schon darum fälschlich als Ecthyma scrophulosorum bezeichnet wird, weil nach *Hebra* jedes einfache Eczem unter gewissen Umständen die impetiginöse Form annehmen kann, wenn die Krusten nicht entfernt werden, der Eiter



darunter stagnirt und Pusteln und Abscesse bildet, mit folgender starker Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen. — Gegen dieses impetiginöse Eczem, Ecthyma speciell an der Kopfhaut, an den Mundwinkeln und am Naseneingange hat sich dem Verf. eine rothe Quecksilberpräcipitatsalbe bewährt, von 2 : 100 Vaseline, welche mehrmals des Tages mit einem Haarpinsel auf die Krusten dick aufgetragen wird und selbe bald erweicht und die eiternden Stellen zur Heilung bringt, sie hat nebst ihrer antiseptischen auch noch eine antiparasitäre Wirkung gegen die nicht selten vorhandenen Pediculi capitis. In Kürze resumirt der Verf. wie folgt: Rhinitis, Otorrhoe, Infiltration der Lymphdrüsen und Impetigo sind keine charakteristischen Symptome der Scrophulose, und selbst deren gleichzeitiges Vorhandensein berechtigt noch nicht zur Diagnose Scrophulose, welche in erster Linie auf den bacteriologischen Befund und in klinischer Beziehung auf das gleichzeitige Vorhandensein noch anderer Erscheinungen sich zu stützen hat, wie Infiltration der Bronchialdrüsen, fungöse Gelenksentzündungen, Caries, kalte Abscesse, Schwellung der Leber oder Milz, Hornhauttrübungen etc.

Mit dem Ausscheiden der oberwähnten vier Erkrankungen aus dem Bilde der Scrophulose wird aber die Zahl der wirklich an Scrophulose leidenden Kinder wesentlich geringer und die Klage über die enorme Häufigkeit der Scrophulose im Kindesalter wird hinfällig, besonders was die ärmere Classe betrifft, bei welcher die mangelhafte Pflege einer Rhinitis, Otorrhoe oder eines Eczems viel zu deren protrahirten Verlaufe beiträgt und Complicationen erzeugt, die das Bild der Scrophulose vortäuschen können.

Literatur.

207. ***Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat.*** *Herausgegeben von Prof.* ***R. Kobert****, kais. russ. Staatsrath. II. Heft. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1888.*

Das zweite Heft der unter *Kobert's* Leitung entstandenen Dissertationsarbeiten aus dem pharmakologischen Institute der Universität Dorpat ist wieder ein rühmlicher Beweis dafür, dass die Doctor-Dissertationen zur Förderung der medicinischen Doctrinen sehr Vieles beitragen, insolange dieselben nur solche Arbeiten enthalten, welche mit den Methoden der exacten Forschung unter der umsichtigen Leitung eines eifrigen Laboratoriumsvorstandes ausgeführt werden. Die in dem vorliegenden vom Verfasser seinem Lehrer *Schmiedeberg* gewidmeten Hefte bearbeiteten Themate gehören zu jenen, welche gleichsam auf der Tagesordnung stehen. I. Ueber die Wirkungen des Chroms. Von *Heinrich Pander* aus Riga, in umgearbeiteter Form veröffentlicht vom Herausgeber. Im Schlussabschnitt dieser an wissenswerthen Details so reichen Arbeit finden wir den Vergleich der Wirkung des Chroms mit den anderen Metallen tabellarisch ausgeführt und durch ein kurzes Resumé erläutert. Namentlich die Untersuchungen über das bisher nur wenig geprüfte Chromoxyd, welche *Pander* mit Präparaten ausführte, die keine ätzenden



Eigenschaften hatten, sind von erhöhtem Interesse. Es ergab sich, dass von allen Metallen nur das Silber in Gestalt seiner Oxydsalze ebenso schwach giftig ist, als das Chrom in Form des Oxydes. Die Chromate gehören hingegen zu den giftigsten Metallverbindungen. II. Ueber Cytisin. Von *Raphael Radziwillowicz* aus Warschau. Bis nun sind in der ärztlichen Praxis bereits in 131 Fällen Vergiftungen durch Cytisus — fast ausnahmslos Cytisus Laburnum — beobachtet, wobei die giftigen Theile Blüthen, Schoten, Samen, Rinde, Zweige und Wurzel waren. Die therapeutische Anwendung des Cytisins hat Prof. *Kobert* neuerdings angeregt. In Gaben von 1 Mgrm. subcutan angewendet steigert Cytisin central den Blutdruck, ohne das Herz zu beeinflussen, daher ist es in allen denjenigen Fällen indicirt, wo der Blutdruck sehr niedrig und die Gefässe schlaff sind, so z. B. bei paralytischer Migräne. Auch könnte man versuchen, bei denjenigen Formen von Melancholie und Abulie, wo man eine zu geringe Versorgung des Gehirns mit Blut vermuthet, durch Cytisin die Ernährung des Gehirns zu verbessern. Bezüglich der von Prof. *Kräpelin* auf der psychiatrischen Klinik zu Dorpat angestellten Versuche mit Cytisin verweisen wir auf das Original. Den Schluss dieses Heftes bilden: III. Vergleichende Versuche über die giftige Wirkung der Gallensäuren. Von *David Rywosch* aus Witebsk in Weissrussland. Die Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen Bestandtheile der Galle auf die Blutkörperchen, auf Flimmer- und Leberzellen, ferner auf die Muskeln, das Centralnervensystem und auf die peripheren Nerven ergaben, dass die Ochsengalle ihre Giftigkeit dem Gehalte an taurocholsaurem und glycocholsaurem Natron verdankt. Am giftigsten wirkt das (in der Gänsegalle vorkommende) chenocholsaure Natron. Nach Verf. wäre die therapeutische Verwerthung der gallensauren Salze in Form von keratinirten Pillen und Klystieren zu versuchen; namentlich sollte man nochmals in Krankenhäusern sorgfältige Untersuchungen anstellen, ehe man diese zwei Jahrtausende alten Arzneimittel für immer verwirft. *Lsch.*

208. ***Specielle chirurgische Pathologie und Therapie der Harnröhre und Harnblase.*** *In 16 Vorlesungen von Dr.* ***Géza v. Antal****, a. o. Professor der königl. ungar. Universität zu Budapest, Primarius am städt. allgem. Krankenhause „St. Rochus", mit 6 Chromolithographien, einer gewöhnlichen lithographirten Tafel und 55 in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart 1888, Verlag von F. Enke.*

In der zwanglosen Form und im anregenden Style von Vorlesungen gibt der Verf. eine eingehende Monographie der Erkrankungen der Harnröhre und Harnblase, welche sich ebenso auf zahlreiche eigene Erfahrungen, wie auf vollkommen beherrschende Kenntniss der neuesten diesbezüglichen Forschungen stützt; eine Arbeit, welche in gleicher Weise grosses Interesse dem praktischen Arzte, wie dem Operateur speciell zu bieten vermag. Dass der Autor auch auf dem in Rede stehenden Gebiete die heute mit Recht allgemein geforderte Antisepsis streng und consequent durchgeführt wissen will, muss als ein zeitgemässes Desiderat umso mehr hervorgehoben werden, als in der That, was Prof. *Antal* tadelt, noch immer sich kaum Jemand findet, der es der Mühe werth hielte, z. B. vor der Untersuchung der Blase, die Eichel und die Urethra, deren Schmutz und Secret infectiöse Organismen birgt, vorher zu desinficiren. Die einzelnen Vorlesungen beschäftigen sich mit den anatomisch-physiologischen Verhältnissen der Harnröhre und



der Blase, den Methoden der Harnröhrenuntersuchung (wobei die Untersuchung mit dem Endoskop und Aëro-Urethroskop anschaulich geschildert wird), den entzündlichen Krankheiten der Harnröhre, der Harnröhrenstrictur und ihren Behandlungsarten, welche letzte einer sehr fachlichen Kritik unterzogen werden, endlich mit den Verletzungen, Bildungsanomalien und Geschwülsten der Harnröhre. Bei den Krankheiten der Blase werden nach Besprechung der Methoden der Blasenuntersuchung bei Männern und Frauen besonders die entzündlichen Krankheiten, die Verletzungen der Blase und die Blasengeschwülste mit einer jedes Detail berücksichtigenden Ausführlichkeit geschildert, wie diese kaum in den bisherigen Handbüchern zu finden ist. Es werden weiters die normalen und abnormen Bestandtheile des Harnes besprochen, die Blasensteine und ihre Operationen, die Lithotomie, Lithotripsie und Lithopalaxie dargelegt, sowie die Pathologie der Functionsanomalien der Blase erörtert.

Mit dieser Inhaltsskizzirung soll nur das Studium des vorliegenden Werkes bestens anempfohlen werden, in welchem auch lehrreiche Krankengeschichten die allgemeinen Erörterungen ergänzen und schön ausgeführte Chromolithographien, urethroskopische und mittelst elektrischen Cystoskops aufgenommene Bilder, sowie Zeichnungen von Präparaten eines Papilloms in der Blase, sowie carcinomatöser Infiltration derselben geben. Die äussere Ausstattung des Buches ist überhaupt sehr hübsch, seines gediegenen Inhaltes würdig. Prof. Dr. *Kisch*, Prag-Marienbad.

209. ***Ueber Gemüthsbewegungen.*** *Von Dr.* ***C. Lange*** *in Kopenhagen. Leipzig, Thomas, 1887.*

Eine psycho-physiologische Studie nennt der Verf. sein dem bekannten Psychiater *Erlenmeyer* gewidmetes Werkchen, dessen deutsche Uebersetzung durch den praktischen Arzt Dr. *Kurella* uns eben vorliegt. Der Kummer, die Freude, der Schreck, Zorn, Wuth und Spannung werden zuerst vom philosophisch-physiologischen Standpunkte einer interessanten Besprechung unterzogen, wobei sich der Verf. als Anhänger *Kant's* bekennt. Weiters kommen die physiologischen Phänomene, die Bedeutung des Kreislaufes für die Nervenfunction, die Bedeutung der Gemüthsbewegungen für den Kreislauf, sowie die vasomotorischen, emotionellen Phänomene zur Sprache, welche Abschnitte nicht gerade gemeinverständlich genannt werden können. Nun stellt sich der Verf. die Frage: Wie kommen die Phänomene der Affecte zu Stande? Dies führt ihn zur Hypothese des seelischen Affectes, der sich die Würdigung der materiellen und körperlichen Ursachen naturgemäss anschliesst. Eine interessante, wenn auch nicht leicht verständliche Studie ist dem cerebralen Mechanismus gewidmet, wobei Verf. etwas tief in die philosophische Speculation geräth, die ihn auch im letzten der Zukunft der Gemüthsbewegungen gewidmeten Capitel nicht verlässt. Für den praktischen Arzt ist das Buch, welches gewaltiges Wissen und ernste Studien zur Grundlage hat, nicht geschrieben. Die deutsche Uebersetzung ist fliessend und gefällig, die buchhändlerische Ausstattung recht lobenswerth.

v. Buschman.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

210. ***Ueber Nephritis nach Infectionskrankheiten und deren Behandlung.*** *Von Prof.* **Hagenbach** *in Basel. Vortrag, gehalten bei der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Köln, September 1888.*

Am häufigsten wird Nephritis nach Scharlach beobachtet. Es zeigt sich zu den verschiedensten Zeiten Eiweiss, zunächst im Beginn, und zwar hauptsächlich bei den Fällen, die mit hohem Fieber verlaufen, also als febrile Albuminurie auch im Blüthestadium des Scharlachs, wie aus dem Urinbefunde zu schliessen ist. Eine catarrhalische Nephritis zeigt sich häufiger, wie die febrile Albuminurie, bei anderen hochfebrilen Erkrankungen. Bei unseren Todesfällen aus der ersten Woche konnte in der Mehrzahl eine Nephritis durch die anatomische Untersuchung constatirt werden. Es fragt sich, ob zwischen dieser Frühform und Spätform der Nephritis ein Zusammenhang besteht. Sicher ist, dass die initiale Nephritis auftreten kann, ohne dass sie prädisponirend einwirkt auf die späte, und die späte eigentliche Scharlachnephritis tritt sehr oft auf, ohne dass eine initiale vorausgegangen ist.

Wie häufig ist überhaupt die Nierenbetheiligung bei Scharlach? Jedenfalls sehr häufig; dies ergibt sich auch aus folgenden Zahlen: Im Baseler Kinderspital zeigte sich bei 81 Scharlachsectionen 55mal Nierenbetheiligung; doch gehen diejenigen Autoren zu weit, welche behaupten, dass in allen Fällen von Scharlach zu irgend einer Zeit der Erkrankung sich Albuminurie zeige. Die eigentliche Scharlachnephritis hat durch ihr zeitliches Auftreten nach Ablauf der übrigen Krankheitserscheinungen etwas Besonderes gegenüber den Nephritiden bei den anderen Infectionskrankheiten. Es sind Fälle beobachtet worden vom zwölften Tage an vom Beginn der Krankheit gerechnet, bis nach Ablauf der sechsten Woche. Bei der Aetiologie dieser Nephritis kann die Erkältung jedenfalls nicht als wesentliche Ursache geltend gemacht werden. Die verschiedenen Epidemien verhalten sich verschieden in Bezug auf Häufigkeit der Nephritis, sogar ein und dieselbe Epidemie. Die Mannigfaltigkeit der Symptome zeigt sich bei Scharlach überhaupt, auch bei Nephritis: Oedeme, Fieber, Urinbefunde verhalten sich sehr verschieden. Was speciell die Urämie betrifft, so hatte *Hagenbach* in 416 Fällen 27mal ausgesprochene Erscheinungen bei seinem Krankenmaterial beobachtet, von diesen sind 12 gestorben. Es scheint eine familiäre Disposition zur Nierenerkrankung bei Scharlach zu bestehen. Sehr häufig ist die Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; nach *Friedländer* haben dieselben nur in ganz wenigen Fällen von Nephritis gefehlt. Die Dauer der Nephritis erstreckt sich meist auf 2—3 Wochen; doch beobachtet man in vielen Fällen auch eine längere Dauer; ferner Nachschübe, Recidive und eine grosse Empfindlichkeit des Nierengewebes auf Jahre hinaus. Es sind Ausgänge in eigentliche chronische Schrumpfniere beobachtet worden von *Leyden* und *Aufrecht.* Der Ausgang in Genesung ist weitaus der häufigste; der Tod kann in Folge sehr verschiedener Complicationen auftreten.

Bei der Diphtherie schwanken in Bezug auf die Häufigkeit der Albuminurie die Angaben zwischen 10 und 66 Procent. Ref. hat in 150 Sectionen 52mal Nephritis notirt. Ein wesentlicher Unterschied dieser Nephritis nach Diphtheritis und der Scharlachnephritis ist auch



der, dass die Albuminurie hier sehr früh auftaucht und mehr in einem directen Abhängigkeitsverhältniss steht zu den Beschwerden der primären Krankheit. *Hagenbach* hat bei 51 Fällen von Diphtheriealbuminurie 28mal schon in der ersten Woche dieses Symptom beobachtet. In den meisten Fällen ist wohl eine Nephritis die Ursache einer Albuminurie. In seltenen, schweren Fällen kann auch in Folge von Herzschwäche oder durch Laryngostenose bedingt, vorübergehend Eiweiss im Urin auftreten. Der Eiweissgehalt bei Diphtheritis ist sehr wenig constant in den einzelnen Fällen. Oedeme kommen bei Diphtheritis sehr selten vor; auch Urämie hat *Hagenbach* unter 406 Fällen nur 6mal beobachtet, in einem Falle Urämie mit tödtlichem Ausgange. Bei Masern kommt Nephritis nur ausnahmsweise vor; doch auch während und nach der Erkrankung ist Nephritis beobachtet worden, und nicht ganz selten kommt Hydrops vor.

Nach Varicellen hat zunächst *Henoch* viele Fälle von Nephritis beobachtet; davon einen Fall mit tödtlichem Ausgange. An diese Mittheilung reihen sich weitere von *Hofmann*, *Rasch*, *Semtschenko*, *Janssen*, *Oppenheim*, *Högyes* etc. Die Zeit des Auftretens schwankt zwischen 5 und 21 Tagen. Mikroskopischer Befund wie bei Scharlach. *Hagenbach* hat selbst einen Fall mit tödtlichen Ausgange beobachtet (Oedem, Ascites, Hydrothorax). Seit diesem Falle sind bis dahin drei Fälle tödtlich verlaufender Nephritis nach Varicellen bekannt. Ohne Zweifel ist bei näherer Untersuchung des Urins Nephritis bei Varicellen nichts so Seltenes. Hervorzuheben ist noch die Nephritis bei Stomatitis aphthosa. *Seitz* in Zürich hat zwei solche Fälle mit entschiedener Nephritis beobachtet, *Hagenbach* ebenfalls einen.

Im Typhus bei Kindern sind die Angaben sehr verschieden. Nach *Ekkert* wäre Nephritis etwas sehr Häufiges, und zwar besteht nach ihm ein directes Verhältniss zwischen der Heftigkeit des Fiebers und dem Auftreten der nephritischen Erscheinungen. *Hagenbach* hat sehr viel seltener Nephritis bei Typhus beobachtet und erklärt sich dies aus dem entschieden leichteren Verlauf dieser Krankheit bei Kindern. Im Kinderspital zu Basel sind acht Fälle beobachtet unter über 300 Typhen mit ausgesprochener Nierenbetheiligung und blos in drei Sectionen unter 24 zeigte sich eine Nephritis.

Rubeola ist nur selten mit Nephritis complicirt; ebenso Parotitis und Angina catarrh. Für leichtere Erkrankung ist es wichtig, zu wissen, dass Nierenbetheiligung vorkommt, weil man gern bereit ist, aus bestehender Angina und Eiweiss im Urin gleich einen Scharlach zu diagnosticiren.

Schliesslich wird von *Kjellberg* das Auftreten der Nephritis bei acutem und chronischem Darmcatarrh als etwas sehr Gewöhnliches bezeichnet entgegen den gewohnten Anschauungen. Er fand Nephritis in 46 Procent der Fälle, die zur Obduction kamen.

Bezüglich der Behandlung bemerkt der Vortragende, dass es ein zuverlässiges Mittel zur Verhütung der Nephritis nicht gebe. Es ist zweckmässig, schon früh diejenige Diät zu verordnen, die bei Nephritis später entsprechend ist. Es gilt allgemein und mit Recht als zweckmässigste Ernährung eine ziemlich ausschliessliche Milchdiät; doch fragt es sich, ob diese nicht auch noch zu stickstoffreich und deshalb zu reizend sei. Am meisten zu empfehlen ist Milchdiät und stickstofffreie Nahrung; ausserdem mässige Zufuhr von Wasser oder von Milch mit Wasser vermischt; dann Ruhe, gleichmässige Temperatur, jedenfalls zur

Zeit der Nephritis, bei Scharlach schon vorher zur Schonung der Nieren. In sehr vielen Fällen genügt ein diätetisches Verhalten, um die Nierenentzündung zur Heilung zu bringen, und deshalb ist in leichteren Fällen von jeder Medicamentbehandlung abzusehen. In schweren Fällen steht die diaphoretische Behandlung obenan; der Vortragende stellt die Anwendung der heissen Luft über die heissen Bäder und namentlich auch über Pilocarpin. Er empfiehlt den in der Schweiz gebräuchlichen Phénix à air chaud, als einfach, billig und ausgezeichnet in seiner schweissproducirenden Wirkung und von vielen Seiten erprobt. Neben der diaphoretischen Methode wirkt die drastische hier und da günstig, und da empfiehlt sich namentlich das Calomel. Unter den im Ganzen nicht sehr sicher wirkenden Diureticis ist noch am meisten das Kali aceticum zu empfehlen; von den Adstringentien ist wenig Nutzen zu erwarten, eher noch von der Borsäure. Es ist wichtig, dass die Nephritis noch längere Zeit über das acute Stadium hinaus genau diätetisch behandelt werde, da ein Reizzustand oft noch unbestimmte Zeit besteht.

Kleine Mittheilungen.

211. ***Ueber die Elektrotherapie bei Spermatorrhöe.*** *Von* ***Rich. Wagner.*** *(Berl. klin. Wochenschr. 1887. 51. — Schmidt's Jahrbücher. 1889. 1.)*

Verfasser räth, bei gehäuften Pollutionen und Spermatorrhöe dann zunächst den faradischen Strom (als allgemeine Faradisation) zu gebrauchen, wenn Onanie oder geschlechtliche Ueberanstrengung vorausgegangen ist, oder nur allgemeine reizbare Schwäche besteht. Handelt es sich aber um entzündliche Vorgänge in den hinteren Abschnitten der Harnröhre nach Tripper, so soll der galvanische Strom angewendet werden (A n auf die Lendenwirbelsäule, K a auf den Damm).

—*r.*

212. ***Gegen Keuchhusten*** bedient sich Dr. ***Drzwiecki*** (Warschau) mit gutem Erfolge folgender Verordnung:

Rp. *Hydr. hydrocyanat.* *0·05,*
Aqu. dest. *100·0,*
Glycerin. *20·0.*
M. D. S.

Stündlich 1 Theelöffel voll zu verabreichen, bis der dritte Theil der Mixtur verbraucht ist und von da ab zweistündlich 1 Theelöffel.

(Allg. med. Centralztg. 1888. 56.)

213. ***Ueber die Verbreitung der Lepra in Russland.*** *Von Dr.* ***Petersen.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermatol. 20.)*

Petersen fand in seinen statistischen Erhebungen über das Vorkommen von Lepra im russischen Reiche die grösste Verbreitung dieser Krankheit in den Ostseeprovinzen, im nördlichen Kaukasus, im Gouvernement Astrachan und in den centralasiatischen Provinzen. *Petersen* glaubt, dass vom Centrum aus die Lepra ihren Weg nach der Peripherie hin nimmt und längs der grossen Verkehrsstrassen sich ausbreitet. Er hält fest an der bacillären Natur und an der Contagiosität der Krankheit und tritt für Isolirung der Kranken in Lepracolonien ein.

Friedheim, Leipzig.

214. ***Fall von Hodgin'scher Krankheit bei einem Kinde.*** *Von Dr.* ***Tyler.*** *(Americ. Journal of obstetrics etc. Juli 1886. — Archiv f. Kinderhk. X. Bd. 3. u. 4. H.)*

Bei einem 11jährigen Mädchen waren rechts und links die submaxillaren Lymphdrüsen acut angeschwollen. Daneben bestand etwas Mandelschwellung und Temperaturerhöhung. Milz etwas vergrössert. Auch in der Axilla beiderseits starke Drüsenschwellung. Die Untersuchung des Blutes ergab wesentliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Die Behandlung bestand in langem Gebrauch von Arsenik und Eisen und war von ziemlich befriedigendem Erfolg.



(Die Holzfaser als Verbandmittel.) *Dr. Kümmell*, Oberarzt der chirurg. Abtheilung des Marien-Krankenhauses in Hamburg, schreibt, dass er die von der Ersten österreichisch-ungarischen Holzfaserfabrik Nüscheler & Co. in Einsiedling, Post Vorchdorf (Ober-Oesterreich), hergestellte feinste Holzfaser im Marien-Krankenhause sowohl, als in seiner chirurgischen Privatpraxis seit einer Reihe von Jahren fast als ausschliessliches Verbandmaterial benutzt. Diese als Holzcharpie bezeichnete Faser hat durch ihre Sauberkeit, ihre Feinheit und Weichheit, sowie durch ihr vorzügliches Aufsaugevermögen einen grossen Vorzug vor manchen anderen Verbandmaterialien. Das weisse langfaserige Material ist in letzter Zeit so vervollkommnet, dass der sonst so lästige Staub beim Verbandwechsel oder Anlegen des Verbandes vollständig vermieden wird. Die aus weichem Kiefern- oder Tannenholz hergestellte Holzcharpie wird ohne jede weitere Desinfection, ohne jede vorherige Präparation mit einem Antisepticum zur Anwendung gebracht. Die aus der Mitte eines Ballens mit reiner Hand entnommene Holzcharpie enthält, in *Koch*'sche Nährgelatine gebracht, nur Schimmelpilze, keine Bacteriencolonien. Der natürliche Gehalt an Harzen und ätherischen Oelen wirkt in hinreichender Weise aseptisch. Die Holzcharpie wird mit desinficirten Händen dem Ballen, in welchem sie versandt ist, entnommen und in Mullsäckchen der verschiedensten Grösse eingenäht. Diese so hergestellten Verbandkissen sind zum Gebrauche fertig und werden, nachdem die Wunde mit einem Stückchen Jodoformgaze bedeckt ist, in der erforderlichen Anzahl aufgelegt. Die Verbandfaser übt die nothwendige Compression in Folge ihrer Elasticität in sehr wirksamer Weise aus, sie eignet sich ganz besonders zu den jetzt fast allgemein gebräuchlichen Dauerverbänden und speciell zu sogenannten Tupfern an Stelle der Schwämme. Ein nicht zu unterschätzender Vorzug der Holzcharpie gegenüber der Watte und Gaze liegt in der Billigkeit. Der Preis per Centner (50 Kilogramm) beträgt 18 Gulden für feinste staubfreie Holzcharpie. Eine gröbere, bandförmig hergestellte, ebenfalls sehr weiche Sorte von Holzfaser benutzen wir der Sauberkeit und Billigkeit halber als sehr brauchbares Polstermaterial für Schienen und ähnliche chirurgische Apparate. Die Holzcharpie wird in mehreren Kliniken und Krankenhäusern mit Vortheil verwendet und ist an Stelle anderen, bisher gebräuchlichen Verbandmaterials gesetzt worden.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Biach, Dr. Alois, Docent für innere Medicin an der Universität in Wien. Die neueren Antipyretica. Mit zwei Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1889.

Löbker, Dr. Carl, Privatdocent der Chirurgie an der kgl. Universität Greifswald. Chirurgische Operationslehre. Ein Leitfaden für die Operationsübungen an der Leiche. Mit Berücksichtigung der chirurgischen Anatomie für Studirende und Aerzte. Mit 271 Holzschnitten. Zweite verbesserte und theilweise neubearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1889.

Schmick, Prof. Dr. J. H. Ist der Tod ein Ende oder nicht? Fünfte Auflage. Leipzig, Max Spohr, 1888.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

215. ***Ueber Empyemoperationen, insbesondere deren Nachbehandlung.*** *Von Prof. H. Hölsti. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1888. Bd. 42. H. 6. — Wr. klin. Wochenschr. 1889. 5.)*

Die Frage über die Behandlung der Empyeme ist von grosser praktischer Bedeutung. Die Erfahrung des Verf. über den Nutzen von Spülungen der Pleurahöhle weichen in mancher Hinsicht von dem, was Andere hervorheben, ab. Verf. findet sich daher bestimmt, seine bezüglichen Erfahrungen mitzutheilen. Zur Grundlage dienen 27 Fälle, deren Krankheitsgeschichten kurz erzählt werden. Von diesen 27 operirten Fällen starb nur einer, 63jähriger Mann, mit einem Aortenklappenfehler unter Hinzutritt einer Pneumonie; drei traten mit bestehender Fistel aus der Behandlung und 23 wurden vollkommen geheilt entlassen. Bei sämmtlichen 27 Kranken, resp. Operirten wurde die sonst übliche Ausspülung der Pleurahöhle nicht vorgenommen. Nach den Erfahrungen des Verf. sind die Ausspülungen der Pleurahöhle nicht nur unnöthig, weil selbst übelriechende Exsudate in Folge des freien Abflusses schon bald ihre schlechte Beschaffenheit ändern, sondern oft sogar gefährlich, da sie einerseits eine allgemeine septische Infection, andererseits das Zurückbleiben einer Fistel zu begünstigen scheinen. Was die Operation betrifft, so wurde die Fistel in der Regel in der Seitenregion zwischen der Mammillar- und Axillarlinie angelegt und stets mit Resection einer Rippe, meist der sechsten, verbunden. Bei der Nachbehandlung ist der wichtigste Punkt, einen vollständigen Eiterabfluss zu ermöglichen und die Drains nicht zu früh zu entfernen. Sie dürfen erst dann weggenommen werden, wenn keine eigentliche Höhle mehr vorhanden ist. Verzögert sich die Verkleinerung der Höhle, so kann man versuchen, durch Injection von reiner Jodtinctur „umstimmend“ auf die Wände der Abscesshöhle einzuwirken und grössere Neigung für eine adhäsive Entzündung hervorzurufen.

216. ***Ueber angeborene Enge im Aortensystem.*** *Von O. Fräntzel. (Deutsche med. Wochenschr. 1888, pag. 589. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 5.)*

Auf Grund mehrerer Beobachtungen am Kranken und an der Leiche schildert *Fräntzel* das klinische Bild einer Herzstörung, welche sich gelegentlich bei Menschen mit angeborener Enge des

Aortensystems entwickle. Das klinische Bild gleiche im Allgemeinen demjenigen des überanstrengten Herzens. Während aber bei der gewöhnlichen Form des überanstrengten Herzens immer wirkliche und erhebliche Ueberanstrengungen sich anamnestisch nachweisen liessen, käme es bei der angeborenen Enge des Aortensystems schon bei körperlichen Leistungen, die für gewöhnlich innerhalb des Physiologischen liegen, zu Schädigung des Herzens, die sich zunächst in Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels, später in gewöhnlichen Compensationsstörungen kundgäbe. Setze sich ein Mensch mit angeborener Enge des Aortensystems keinen Anstrengungen aus, so käme es nicht zu den secundären Veränderungen des Herzens. So würden bei chlorotischen Mädchen und Frauen, deren Leiden fast immer eine angeborene Enge des Aortensystems zu Grunde liege, meist nur leichtere Functionsstörungen von Seiten des Herzens, schwere nur äusserst selten beobachtet, weil diese Personen sich ja nur in den seltensten Fällen stärkeren körperlichen Leistungen unterziehen müssen. Klinisch liess sich in den beschriebenen Fällen die Enge des Aortensystems an der Beschaffenheit der grossen Arterien, Carotis und Radialis nachweisen. Für die Zukunft habe man bei der klinischen Beurtheilung von Herzstörungen ohne Klappenfehler die angeborene Enge des Aortensystems als prädisponirendes Moment mit in Betracht zu ziehen. Aus der diesem im Verein für innere Medicin in Berlin gehaltenen Vortrage folgenden Debatte hebt Referent *v. Noorden* die Bemerkung *F. Müller's* hervor, dass die Diagnose der Enge des Aortensystems eine klinische sein müsse, da die anatomische Untersuchung nicht selten auf diesem Gebiet Irrthümern ausgesetzt sei. *Müller* berichtet über 2 Fälle, bei denen intra vitam abnorm hohe Pulswellen beobachtet wurden, bei der Autopsie dagegen in Folge der natürlichen Elasticität der Wandungen die Körperarterien jedoch abnorm eng gefunden wurden. —*r.*

217. ***Beitrag zur Kenntniss der paroxysmalen Hämoglobinurie.*** *Von Kobler und Obermeyer. Aus der med. Klinik des Hrn. Hofrath Prof. v. Bamberger in Wien. (Wr. klin. Wochenschr. 1888. 50. — Allg. med. Central-Zeitung. 1889. 7.)*

Die Verff. benutzten einen Fall von reiner paroxysmaler Hämoglobinurie, bei welchem die einzelnen Anfälle durch Kälteeinwirkungen hervorgerufen wurden, um das Verhalten des Blutes und der Harnausscheidung eingehender zu studiren. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab nichts Abnormes, dagegen wurde sowohl der Gehalt des Blutes an rothen Blutkörperchen, als auch derjenige an Hämoglobin durch die Anfälle bedeutend vermindert. Während am folgenden Tage die Zahl der rothen Blutkörperchen sich schon vollständig restituirt hat, ist der Hämoglobingehalt des Blutes noch erheblich vermindert. Der Harn zeigte stets saure Reaction, eine leichte Trübung und mit Ausnahme der Anfälle bernsteingelbe Farbe. Acetessigsäure, Aceton und Pepton fehlten stets, Eiweiss war an den anfallsfreien Tagen nur in Spuren nachweisbar (wahrscheinlich wegen eines geringen Eitergehaltes in Folge von leichter Cystitis). Während der Anfälle trat darin Serumalbumin und Globulin auf. Im Anfallsharn war Oxyhämoglobin und Methämoglobin

vorhanden. Die Harnmenge war während der Anfälle vermehrt, das specifische Gewicht vermindert, ebenso die Gesammtstickstoffausscheidung.

218. ***Die Transmission der Flüsterstimme durch Pleuraexsudate.*** *Von **Agostino Palambieri.** (Rivista Clinica. 1888. — D. Med.-Zeitung. 1889. 7.)*

Bekanntlich hat zuerst *Bacelli* (Rom) nachgewiesen, dass bei einer Flüssigkeitsansammlung im Thorax die Flüsterstimme der Patienten dem Auscultirenden, wenn er das Ohr in der hinteren Axillarlinie auflegt, deutlich erscheint bei serösem Exsudat, undeutlich oder unhörbar bei serös-purulentem Exsudat. Indess bald wurden klinische Fälle publicirt, in welchen sich dieses neue diagnostische Hilfsmittel als unsicher oder unrichtig erwiesen hatte. Verf. hat sich nun die Aufgabe gestellt, theils an der Hand rein physikalischer, als richtig anerkannter Sätze, theils mittelst eigener Experimente zu beweisen, dass auch in theoretischer Hinsicht die Ansicht von *Bacelli* unrichtig ist. Er gelangt dabei zu dem Resultate, dass die von *Bacelli* aufgestellten physikalischen Sätze theilweise unrichtig sind. Ob die Flüsterstimme mehr oder weniger deutlich zu unserem Ohre gelangt, hänge mehr von anderen Factoren, als von der Qualität des Exsudats ab (Tension der Pleuren, Adhäsionen zwischen beiden Pleuren, auf der Pleura aufgelagerte Schwarten, Schleimansammlung in den Bronchien, Oedem, Infiltration, Hepatisation, Cavernen des Lungengewebes, Zustand und Dicke der verschiedenen Schichten der Thoraxwand). — Es bleibt somit die Explorativpunction die einzig sichere Methode zur Bestimmung der Qualität eines endopleuralen Ergusses.

219. ***Ueber nervös-catarrhalische Affectionen.*** *Von **Richter.** (Berliner klin. Wochenschr. 1888. 20. — Pest. med.-chir. Presse. 1889. 2.)*

Verf. schildert den Zusammenhang der catarrhalischen Affectionen mit nervösen Erkrankungen, der nach zwei Richtungen hin besteht, indem die ersteren entweder die Ursachen der letzteren darstellen (Reflexneurosen), oder durch Störungen der vasomotorischen und trophischen Centra bedingt sein können. Als Beispiele letzterer Kategorie beschreibt er Fälle von nervösem Magencatarrh, Darmcatarrh, Catarrhen der Nase, des Rachens und Kehlkopfes, wobei namentlich halbseitig auftretende Affectionen die centrale Ursache beweisen, Catarrhe der Bronchien, der Scheiden- und Uterusschleimhaut und Blasencatarrhe. Alle diese functionellen Störungen sind als central bedingte anzusehen, wenn sie bei Personen auftreten, die mit einer Neurose — Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie — oder sonstigen centralen Erkrankung behaftet sind, und bei denen sich eine weitere Ursache für die in Rede stehende Affection nicht nachweisen lässt. Die nervöse Natur des Leidens tritt umso mehr hervor, wenn Exacerbationen im Verlaufe der Catarrhe sich einstellen, die aus Schwankungen der Intensität jener Neurosen resultiren. Bei der zweiten Gruppe, den durch catarrhalische Affectionen bedingten Reflexneurosen, ist von Bedeutung, in welchem Zustande sich die centralen, reflexvermittelnden Apparate befinden. Die



Reaction auf das Centralnervensystem hängt davon ab, ob sich dasselbe noch im physiologischen Zustande befindet, oder schon irritirt ist und wird umso intensiver sein, wenn das Centrum, wie bei Neurasthenie und Hysterie, pathologisch afficirt ist. Hier können alle möglichen peripheren Läsionen, je nach der Intensität des Nervenreizes und nach ihrem Sitze, grössere oder geringere Reflexbeschwerden in verschiedenen Gebieten hervorrufen. Hinsichtlich der therapeutischen Massnahmen ergibt sich hiernach von selbst, dass bei central bedingten Catarrhen in erster Linie die Behandlung der Neurose anzustreben ist; die örtliche Behandlung der Catarrhe hält *Richter* für nebensächlich und die manchmal dadurch hervorgerufenen überraschenden Erfolge beruhen seiner Ansicht nach nur auf psychischer Einwirkung. Die als Gelegenheitsursache für den Ausbruch von Reflexneurosen auftretenden Catarrhe sind natürlich einer örtlichen Therapie zu unterziehen, aber auch bei dieser Form ist gleichzeitig die Behandlung des neurotisch afficirten Centralnervensystems nöthig, um Recidive zu verhüten.

220. ***Un cas de coxalgie hystérique chez un soldat.*** *Von Z. **Glorieux**. (Bruxelles, F. Hagen, 1888. — Neurologisches Centralbl. 1889. 2. Ref. Sperling.)*

A., Soldat, 24 Jahre alt, erbliche Anlage wahrscheinlich, von ruhigem sanften Charakter, besondere auf den Organismus einwirkende Schädlichkeiten (Onanie, Alkoholismus u. s. w.) ausgeschlossen. Pat. erwirbt die Krankheit nach dreiwöchentlichem Liegen im Bett (Gesichtsanschwellung). 1. Lage im Bett: Das kranke linke Bein erscheint verkürzt durch eine starre objectiv wahrnehmbare Contractur der Hüftmuskeln, und nach innen rotirt, so dass der innere Fussrand auf der Matratze aufliegt. 2. Stellung: Wenn Patient steht, so stützt er sich mit der rechten Hand auf den Stock, während die ganze linke Körperseite in die Höhe gezogen ist, so dass der kranke Fuss nur mit der Fussspitze den Boden berührt. 3. Motilität: Active und passive Bewegung des Beines, theils wegen der Muskelcontracturen, theils wegen Schmerzhaftigkeit fast unmöglich. 4. Sensibilität: Subjectiv im Beginn der Krankheit, Gefühl des schmerzhaften „Ziehens" und „Eingeschlafenseins", welches nach kurzer Dauer im rechten Bein auf das linke übersprang. Anästhesie gegen Tast-, Schmerz- und Temperaturgefühl; gürtelartige Abgrenzung nach oben. Eine eigenthümliche Hyperästhesie ist nicht zu constatiren gewesen, doch hütet sich der Kranke, sein krankes Bein zu stossen. 5. Reflexe: Hautreflexe aufgehoben, Sehnenreflexe normal. 6. Höhere Sinne: Geschmacksstörung, Gesichtsfeldbeschränkung; Gehör und Geruch normal. 5. Vasomotorische und trophische Erscheinungen: Das kranke Bein hat eine Differenz in der Temperatur $^{5}/_{10}$ bis $^{8}/_{10}$ Grad; subjectiv wird dasselbe „kalt" und „todt" gefühlt. Starke vasomotorische Reflexe. Blasenpflaster wirken auf die Haut des kranken Beines nicht. 8. Allgemeine Symptome: Congenitale Atrophie des linken Hodens. Allgemeine Herabsetzung der Sensibilität und des Muskelsinnes am ganzen Körper. Durch Umschnürung eines Gliedes wird eine künstliche Contractur der betreffenden Muskeln herbeigeführt; dasselbe erreicht man auch durch Streichen derselben. 9. Nach dem Erwachen des Pat. aus



einer Chloroformnarcose fand sich die Sensibilität in dem kranken Beine auf kurze Zeit wieder hergestellt, um nach Verlauf einiger Secunden der Anästhesie Platz zu machen. Die Muskelrigidität hatte sich in der Narcose gelegt; alle Gelenke frei. 10. In Bezug auf Therapie werden Massage und lauwarme Douchen von *Charcot* empfohlen. Drastische Mittel sind zu vermeiden, bisher noch kein merkbarer Erfolg. Dr. *J. Offer.*

221. ***Irrsinn verursacht durch Trauma und geheilt durch Trauma.*** *Von **Selden H. Talcott**, Middletown, New-York. (American journal of insanity. Juli 1888. — Centralbl. f. Nervenheilk. 1888. 24.)*

Ein 18jähriger junger Mann fiel Anfangs October 1887 von einer hohen Leiter herab auf den Hinterkopf und blieb darnach mehrere Stunden bewusstlos. Nach dem Erwachen waren Sprache, sowie Gedächtniss verschwunden, das Hörvermögen sehr stark beeinträchtigt; dagegen las er gut Geschriebenes und antwortete schriftlich darauf. Mehrere Wochen später wurde er, als er in einem Anfalle von Tobsucht seine Mutter zu ermorden drohte, in die Irrenanstalt gebracht. Hier erlangte er schon am zweiten Tage nach voraufgegangenem heftigen Kopfschmerze Sprache, Gedächtniss und Gehör wieder, während er von der $1^1/_2$ Monat langen Krankheitsepisode gar nichts wusste.

Eine 35jährige Telegraphistin wurde im Jahre 1887 wegen einer Manie in die Anstalt aufgenommen. Sie hatte im 18. Lebensjahre eine Depressionsfractur des Schädels in der Scheitel- und Stirngegend durch einen auffallenden Ziegelstein erlitten. Bei der damaligen Trepanation behufs Aufrichtung des deprimirten Stückes wurde der Sinus longitudinalis eröffnet. Nach Ausbruch der anscheinend ohne besondere Veranlassung entstandenen Manie brachte eine neuerliche Trepanation und Entfernung eines eingedrückten Knochenstückes keinen Erfolg. Die Manie nahm ruhig ihren weiteren Verlauf und heilte nach einem halben Jahre. Verf. lehnt es ab, eine Erklärung für diese so ausserordentlich verschiedene Wirkungsweise eines Kopftraumas zu geben.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

222. ***Ein Fall von Sulfonalexanthem.*** *Von Dr. **Engelmann.** (Münchn. med. Wochenschr. 1888. 42. — Deutsch. med. Wochenschrift. 1889. 5.)*

Es handelte sich um eine 40jährige, an Metritis und Dysmenorrhoe leidende Patientin, die bisher bei Schlaflosigkeit 0·5 bis 1·0 Chloral ohne üble Nebenwirkung genommen hatte. Die Sulfonaldosis betrug 2 Gramm, eine schlaferzeugende Wirkung hatte sie nicht, doch trat unter mässigem Jucken gegen Morgen an den äusseren Seiten der beiden Mammae ein diffuses scharlachrothes Exanthem auf, das Exanthem schritt dann symmetrisch weiter, am dritten Tage ging der Ausschlag zur Norm zurück. Die sym-



metrische Anordnung spricht für centrale Störung der Vasomotoren durch das im Blut circulirende Medicament.

223. ***Ueber die Behandlung des Erysipels mit Spiritus.*** *Von Sanitätsrath Dr.* **Behrend.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1889. 4.)*

Ausgehend von der Angabe, dass 90% Spiritus vini den Erysipelcoccus sicher tödtet, versuchte Verf. als Arzt der Weiberstrafanstalt in Sagau, wo Erysipel sehr häufig vorkommt, das Mittel. Alle Fälle gelangten frühzeitig vor der Entwicklung schwerer und allgemeiner Krankheitserscheinungen zur ärztlichen Behandlung. Diese bestand bei ununterbrochener Beschäftigung der Gefangenen lediglich in dreimal täglich bis zum völligen Verschwinden der örtlichen Erscheinungen wiederholten energischen Abwaschungen der erysipelatösen Hautpartien nebst den gesunden Umgebungen auf 2—3 Cm. hinaus mit 90% Alkohol. Der Erfolg dieses Verfahrens war in allen Fällen ohne Ausnahme sofortiger Stillstand des örtlichen Processes und Rückbildung desselben innerhalb 3—5 Tagen. In Folge dieser prompten Erfolge und des frühzeitigen Eintrittes der ärztlichen Behandlung war Verf. nicht in der Lage, Erfahrungen zu sammeln, ob das in Rede stehende Heilverfahren auch bei vorgeschrittenen Stadien der Krankheit, Blasenbildung und Eiterung, seine Wirksamkeit entfaltet. Erst später hat er das Verfahren auch in der Privatpraxis bei einer älteren Dame angewandt, welche seit vielen Jahren an häufigen Anfällen eines den ganzen linken Unterschenkel befallenden Erysipels mit dem Erfolg einer stationären unförmlichen Anschwelluug und Hautinfiltration des Gliedes gelitten hat. Auch hier war der Erfolg in allen Anfällen prompt, den Process schnell aufhaltend und zurückbildend, und nachdem seit längerer Zeit durch prophylactische, zweimal in der Woche bewirkte Alkoholwaschungen des Gliedes weiteren Anfällen der Krankheit vorgebeugt wurde, bildete sich allmälig die bestandene chronische Anschwellung des Gliedes zurück. *—sch.*

224. ***Zur Therapie des Erysipels.*** *Von Dr.* **W. Ebstein,** *Breslau. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 6.)*

Die Gefahr bei einem Erysipel steht im Allgemeinen im geraden Verhältniss zur Grösse seiner Flächenausdehnung. Das muss ein Fingerzeig sein, die Therapie vor Allem auf die Beschränkung der Affection auf das einmal ergriffene Gebiet, auf die Verhinderung ihrer weiteren Ausdehnung zu richten. In richtiger Würdigung dieser Gesichtspunkte empfahl *Hüter*, die Carbolinjectionen ganz besonders an der Peripherie der erkrankten Hautpartien zu machen, in der Tendenz, das erkrankte Gebiet mit einem antiseptischen Walle zu umgeben, den die pathogenen Organismen nicht zu überschreiten vermöchten. Von denselben Gesichtspunkten ausgehend, führte Prof. *Rosenbach* (Breslau) auf der inneren Abtheilung des Allerheiligenhospitales eine Behandlungsmethode ein, die jenes Ziel, die Verhinderung der weiteren localen Ausdehnung des Krankheitsprocesses, auf die einfachste Weise erreicht: Die gesunde Haut der Umgebung des Erysipels wird zunächst in weitem Umfange mit warmem Wasser und Seife gründlich gereinigt. Darauf wird an der ganzen Grenze der erkrankten Partie in einem 15—20 Cm. breiten Streifen der gesunden,



sorgfältig gereinigten und gut abgetrockneten Haut 5procentiges Carbolvaselin energisch eingerieben. Zuletzt wird auch die erkrankte Hautpartie selbst mit Carbolvaseline bestrichen, doch ist behufs Vermeidung einer Verschleppung der Infectionskeime mit der grössten Sorgfalt darauf zu achten, dass das Aufstreichen stets von der gesunden nach der kranken Haut hin, niemals umgekehrt stattfinde. Die Erfolge dieser Behandlung, die *Ebstein* nun an 27 Fällen (sie betrafen Kopf-, Gesichts-, Nacken- und Unterschenkelerysipele) beobachtet hat, waren sehr günstige. Alle Fälle endeten mit Genesung, die Krankheitsdauer war eine relativ kurze, schwere Allgemeinerscheinungen kamen nicht vor, und die Affection überschritt fast niemals die ihr durch die antiseptische Umwallung gezogenen Grenzen und, wenn sie dieselben überschritt, nur auf eine geringe Strecke, auf kurze Zeit und unter mildem Verlauf. Dass bei der qualitativen Behandlungsmethode ein Theil des Antisepticums zur Resorption kommt, beweisen nach Verf. sicher 2 Fälle, in denen sich nach mehrtägiger Application des Carbolvaselins Carbolsäure im Urin nachweisen liess. Vergiftungserscheinungen wurden niemals beobachtet. *—r.*

225. ***Ueber einige Fortschritte in der Behandlung der Diabetiker.*** *Von Dr.* ***Dujardin-Beaumetz.*** *Sitzung d. Soc. thérap. vom 20. December 1888. (Semaine méd. 1889. 1.)*

Der Vortragende hält die Einführung des Saccharins, des Legumins, Fromentins, der Soya-Bohne in die Diät des Diabetikers für vortheilhaft. Wenn das Saccharin auch keinen Nährwerth hat, so ist es doch angenehm, ein Mittel zu besitzen, welches den Diabetiker den Genuss einer Süssigkeit ermöglicht, ohne ihm schädlich zu sein. Das Legumin, Fromentin und die Soya-Bohne wurden statt des Kleberbrodes empfohlen, welches immerhin bis 20% Stärke enthält. Die Soya-Bohne enthält nur 2% Stärke, überdies aber ein Fett in grösserer Menge, welches zu 10—20 Grm. purgirend wirkt. Andererseits erhält das von *Bourdin* bereitete Soya-Brod ebenso wie das Kleberbrod einen Zusatz von 40% Stärke. Schliesslich gesteht der Vortragende, dass er den Diabetikern auch Erdäpfel gibt. Dabei erwähnt er, dass verschiedene Diabetiker die verschiedenen Zuckerarten ungleich vertragen, schlecht bekommt Allen nur der Milchzucker. Erst in der Discussion hebt der Vortragende die Wichtigkeit der Fettnahrung beim Diabetiker hervor. *—sch.*

226. ***Tod nach Injection einer Cocaïnlösung in die Harnröhre.*** *Von* ***Simes*** *in Philadelphia. (Med. News. 1888. 21. — Centralbl. f. Chir. 1889. 5.)*

Bei einem 29jährigen, an Strictur und Dammfistel leidenden Mann beabsichtigte Verf. die Urethrotomia interna und injicirte behufs Anästhesirung eine Drachme einer 20% Cocaïnlösung (0·75 Cocaïn) in die Harnröhre. Kaum war die Spritze herausgezogen, so machte der Kranke eine „thörichte Bemerkung", seine Gesichtsmuskeln begannen zu zucken, der Blick wurde starr, die Pupillen erweitert, Schaum trat vor den Mund, die Respiration stockte und heftige epileptiforme Convulsionen des ganzen Körpers traten auf, die sich mit wachsender Stärke in kurzen Pausen wiederholten. Die Herzthätigkeit wurde unregelmässig und lang-



sam, die Athmung immer schwächer, der Mann war 20 Minuten nach der Injection todt. Die Section ergab: in der Urethra keine recente Verletzung, Lungen, Leber und Nieren stark blutüberfüllt. Herz normal, linkes Herz leer, rechtes gefüllt. Blutgefässe des Gehirns stark gefüllt.

227. ***Die „Kartoffelcur" bei der Behandlung verschluckter Fremdkörper.*** *Von Primararzt Dr.* ***Salzer.*** *Vortrag in der Gesellsch. der Aerzte zu Wien. Sitzung vom 11. Jänner 1889.*

Prof. *Cameron*, sowie andere englische Chirurgen wenden behufs Entfernung von verschluckten Fremdkörpern aus dem Darmcanale ein Verfahren an, welches schon seit längerer Zeit von Londoner Taschendieben geübt wird, um gestohlene Schmuckgegenstände, welche sie, um selbe rasch zu verbergen, verschluckt hatten, wieder zu Tage zu fördern. Sie geniessen eine grosse Menge von Kartoffeln, worauf dann der verschluckte Gegenstand mit den Fäces ohne Schwierigkeiten wieder ausgeschieden wird. *Salzer* hatte zum ersten Male im September 1887 Gelegenheit, die Vorzüge dieser „Kartoffelcur" zu erproben. Ein Kind hatte ein 2 Decigramm schweres Messinggewicht geschluckt und ein Arzt hatte bereits die Nothwendigkeit einer sofortigen Gastrotomie ausgesprochen. Der Knabe wurde zu Bett gebracht, musste rechte Seitenlage einnehmen, wodurch man die Passage durch den Pylorus zu erleichtern gedachte und es wurden dem Patienten nun zur Nahrung grosse Mengen von Kartoffeln gereicht, welche zur Anregung und Erhaltung des Appetits verschiedenartig zubereitet waren und welche der Kranke auch gern zu sich nahm. Nach fünf Tagen ging der Fremdkörper mit den reichlichen Fäces ohne Beschwerden ab. In derselben Weise wurden bei anderen Patienten einmal ein 5·3 Cm. langes und 2·8 Cm. breites künstliches Gebiss und einmal eine 5 Cm. lange Busennadel mit Glück aus dem Darmcanal entfernt. *Salzer* empfiehlt die Kartoffelcur in ähnlichen Fällen, er zieht sie namentlich auch dem ähnlichen Heilverfahren mit Sauerkraut vor, welches weniger günstig wirke.

—*sch.*

228. ***Ueber diphtheritische Lähmungen und deren Behandlung.*** *Von Prof. v.* ***Ziemssen.*** *(Klinische Vorträge. Nr. 6. Leipzig, F. C. W. Vogel. — J. R. d. med.-chir. Centralbl. 1889. 6.)*

Anknüpfend an einen seltenen schweren Fall von diphtheritischer Lähmung der erst 18 Monate nach Beginn der Erkrankung bei der elektrischen Prüfung normale Reactionsverhältnisse ergab, schildert Verf. die verschiedenen Formen und Grade der durch Diphtheritis bedingten Lähmungen. Die leichteste und auch häufigste Form derselben beschränkt sich zumeist auf den Rachen und ist durch die Lähmung des Velums und durch die damit einhergehenden Störungen der Sprache und des Schluckens durch geringe Anästhesie der Schleimhaut der hinteren Rachenwand charakterisirt. In schweren Fällen tritt zu diesen Symptomen auch noch motorische Lähmung, hochgradige Anästhesie des ganzen Rachens, des Kehldeckels, des Kehlkopfinnern und der Speiseröhre, häufig vereint mit einer bedeutenden Innervationsstörung und Muskelschwäche des Herzens. Nur in den schwersten Graden der Lähmungen kommt es überdies noch zu Paresen und Paralysen der Extremitäten, zu Accommodationsparesen im Gebiete des



Facialis Oculomotorius und Abducens. Charakteristisch für Lähmungen dieser Art ist das allmälige Fortschreiten derselben in der Weise, dass während früher befallene Gebiete schon Besserung zeigen, die anderen erst ergriffen werden. Diese Lähmungen sind nach *v. Ziemssen* höchst wahrscheinlich durch eine specifische multiple Neuritis bedingt, welche als infectiöse Entzündung am Nervus laryng. sup. beginnt, von hier bis zum Stamm des Vagus kriecht und zu den peripheren Aesten weiterschreitet. Auch die Symptome an den Extremitäten scheinen neuritischer Natur zu sein. Die Prognose ist bei leichten Fällen eine entschieden günstige, nur in schweren Fällen muss dieselbe wegen der Möglichkeit einer Schluckpneumonie und der Lähmung des Herzens mit Vorsicht gestellt werden. Die Therapie der diphtheritischen Lähmungen hat als Hauptaufgabe die Kräftigung des Herzens zu betrachten, und zugleich der ungenügenden Ernährung in Folge erschwerter Deglutition entgegen zu arbeiten, ferner das Auftreten einer Speisepneumonie zu verhindern. Diesen Indicationen wird durch ruhige Bettlage mit Vermeidung anstrengender Muskelbewegung, durch Ernährung mit der Schlundsonde bei Kehlkopfparesen, auch durch Ernährungsklystiere entsprochen. In schweren Fällen ist 5 Milligramm bis 1 Centigramm Strychnin. nitr. pro die zu versuchen; bei drohender Herzlähmung sind subcutane Kampherinjectionen, bei Wasserarmuth im Gefässsystem sind Salzwasser-Injectionen anzuwenden. In der Reconvalescenz wird der Gebrauch von Thermen, der Aufenthalt in klimatischen Curorten von guter Wirkung sein.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

229. ***Erysipelimpfung bei inoperablem Mammacarcinom, mit letalem Ausgang.*** *Von Dr. L. Feilchenfeld, Berlin. (Arch. f. klin. Chir. 37. Bd. 4. H. — Deutsche Med.-Zeitung. 1888. 9.)*

Verf. berichtet über einen Fall von Recidiv nach Mammacarcinom, bei dem eine radicale Operation nicht mehr möglich war, die Patientin aber wegen enormer Anschwellung des einen Arms, der einer Gangrän nahe war, auf einem Eingriff bestand. Es wurde nach dem Beispiele von *Busch, Fehleisen, Jahnicke* und *Madelung* eine Erysipelimpfung bei der Patientin vorgenommen, welche am vierten Tage zu einem letalen Ausgange führte. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine tief in die Fettschichten hinein sich erstreckende Invasion von Erysipelcoccen, welche besonders in den Carcinomherden angehäuft waren. Auch erschienen die stark vergrösserten Talgdrüsen als Prädilectionsstellen für die Coccen. Ob die Erysipelcoccen sich in den Carcinomzellen oder nur darüber befanden, konnte nicht genau eruirt werden. Ueberhaupt war der Einfluss des Erysipels auf die Carcinomwucherung kein wesentlich nachweisbarer, so dass Verfasser glaubt, es wäre eine Wirkung wohl nur bei den Carcinomen von mehrzelliger Structur, namentlich aber bei Sarcomen zu erwarten. Verf. warnt vor öfteren Wiederholungen des gefähr-



lichen Verfahrens, so lange nicht mit „modificirten Culturen zwar derselbe locale Erfolg, aber ohne die allgemein schädlichen Einwirkungen erzielt werden wird“.

230. ***Ueber den cystischen Leberechinococcus und die von Volkmann eingeführte Methode der Operation desselben.*** *Von* **Fedor Krause**, *Halle a. S. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 325.)*

In *Langenbeck's* Archiv, Band XXI, veröffentlichte *Hans Ranke* über Veranlassung seines Lehrers *Volkmann* die von Letzterem auf antiseptischer Basis aufgebaute Methode der Radicaloperation des Leberechinococcus. Sie besteht im Wesentlichen darin, dass das Peritoneum gleich von vornherein, und zwar breit geöffnet wird, um durch eine Tamponade der Wunde die klaffenden Ränder des Bauchschnittes mit der Cystenoberfläche zur Verwachsung zu bringen. Das Annähen der Wundränder an die Leber behufs besserer Fixation wird dabei für gewöhnlich als unnöthig unterlassen, ist jedoch nicht principiell ausgeschlossen. Sobald die hinreichend feste Anwachsung der Bauchwand an die Leber, resp. Cyste erreicht ist, wird durch einen zweiten breiten Schnitt der Sack selbst geöffnet und entleert. Gleichzeitig mit dieser Mittheilung veröffentlichte *Ranke* seinerzeit die beiden ersten nach dieser Methode operirten Fälle. Im Vorliegenden berichtet nun *Krause* über die sämmtlichen seither in der Halleschen Klinik operirten diesbezüglichen Fälle, sowie über die hierbei von *Volkmann* erreichten Resultate. Gleichzeitig wird auch das Verhältniss der *Volkmann*'schen Operation zu den seit *Ranke's* Publication empfohlenen einfacheren und rascheren Methoden einer kritischen Besprechung unterzogen. Nach einer Besprechung der ätiologischen Verhältnisse — Island und Mecklenburg — für die am meisten heimgesuchten Länder erörtert der Verf. das Wachsthum und Verhalten des Parasiten im Menschenleibe, und stellt drei Formen desselben auf: Der E. granulosus, welcher der exogenen Proliferation seine Entstehung verdankt, der E. hydatidosus, dem die endogene Proliferation zu Grunde liegt; endlich der E. multilocularis, welch letzterer der operativen Behandlung fast unzugänglich ist. Dem vielbesprochenen Symptome des Hydatidenschwirrens legt Verf. keine grosse diagnostische Bedeutung bei und warnt im Folgenden eindringlichst vor den möglichen verderblichen Folgen einer nicht ganz vorsichtigen Probepunction. Von 13 nach *Volkmann's* Methode operirten Fällen starb ein Einziger, woraus erhellt, dass die Methode selbst ziemlich ungefährlich ist. *v. Buschman.*

231. ***Die manuelle Entleerung der Harnblase.*** *Von Dr.* **Julius Heddaeus.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1888. 43.)*

Den manuellen Druck auf die Harnblase zum Zwecke der Entleerung ihres Inhaltes dürfte ausser Verfasser bisher noch Niemand methodisch angewendet haben. Verf. hat diese eigentlich so naheliegende Methode der bisher bei mehreren Kranken mit Lähmung des Musc. detrusor urinae auf zweierlei Weise geübt. Der Kranke liegt auf dem Rücken, die Beine angezogen, oder wenn sie gelähmt sind, von einem Dritten in der bezeichneten Lage gehalten. Man stellt sich an die eine Seite des Bettes, das



Gesicht dem Kranken zugewendet, legt die rechte Hand auf der linken, die linke Hand auf der rechten Seite des Unterleibes neben der Mittellinie so auf, dass beide Daumen, die Spitzen einander zugekehrt, über der Symphyse ruhen und die übrigen Finger die Blasenkugel von oben umgreifen, und drückt stetig nach unten hinten derart, dass die Spitzen der Finger in der Tiefe sich den Daumen mehr und mehr zu nähern suchen. Durch diesen in der Richtung nach dem unteren Rand der Symphyse (Collum vesicae) vollzogenen Druck wird die Blase stetig verkleinert, indem sich der Urin aus der Harnröhre ergiesst. Ist die Blase theilweise entleert, so muss man von Neuem mit den Fingern beider Hände tiefer nach unten und hinten greifen. Nach einer anderen Weise kehrt man dem Kranken den Rücken zu, legt beide Hände, die rechte rechts, die linke links von der Mittellinie so auf, dass der Ulnarrand derselben an das *Poupart*'sche Band angrenzt und die Fingerspitzen, einander zugekehrt, über der Symphyse lagern, während die Daumen wie oben die volle Blase nach hinten zu umgreifen und übt den Druck wie oben geschildert.

Die Operation dürfte, falls sie nur ausführbar ist, fast überall angezeigt sein, wo bisher der Catheterismus geübt wurde. Bei prall gefüllter Blase muss, wenn nicht ein leichter Druck genügt, lieber zum Catheter gegriffen werden, um eine Ruptur der Blase zu verhüten. Auch entzündliche Affection des Unterleibes und grosse Schmerzhaftigkeit, Schwangerschaft, dürften als Contraindication gelten. Erschwert, bisweilen unmöglich ist die Operation bei Fettleibigen, bei Tumoren im Unterleibe u. s. w. Am leichtesten ausführbar ist sie in den Fällen, in welchen sie auch am häufigsten erfordert wird, d. i. bei Lähmung des Detrusor urinae. Ob auch Spasmus des Sphincter colli vesicae durch den Handgriff überwunden werden kann, darüber liegen noch keine Erfahrungen vor. Ein je nach Umständen nicht gering anzuschlagender Vortheil des Verfahrens ist, dass man leicht einen verständigen Laien mit der Ausführung betrauen und dass so die Entleerung regelmässiger und häufiger geschehen kann, als wenn, wie bei dem Catheterismus, immer der Arzt selbst zur Stelle sein muss. Der Hauptvorzug aber ist, dass kein Instrument in die Blase eingeführt wird und somit jede Gefahr der Zersetzung des Urins auf diesem Wege vermieden wird.

—*r.*

232. ***Geheilter Hirnabscess.*** *Von Prof. v. Bergmann. Krankenvorstellung in der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft. 5. Dec. 1888. (Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenhk. 1889. 2.)*

Hirnabscesse können nach den jetzigen Erfahrungen wie jeder andere Abscess geöffnet und geheilt werden; sie müssen aber auch wegen der Lebensgefahr, die sie mit sich bringen, chirurgisch behandelt werden. *Dupuytren* wurde seinerzeit durch das Misslingen in einem Falle von einem weiteren Angreifen der tiefen Hirnabscesse abgeschreckt; jetzt liegt der Schwerpunkt mehr in der Schwierigkeit der Diagnose. Diesbezüglich bietet die Aetiologie der Hirneiterungen das wesentlichste Moment, weil diese fast immer deuteropathisch sind und sich einmal an eiterigen Lungen- und Pleuraerkrankungen anschliessen, ferner



durch ein Trauma des Cranium bedingt sein können und endlich im Gefolge von Schädeleiterungen entstehen. Unter den letzteren kommt die chronische Eiterung des Mittelohres am häufigsten in Betracht. Die Eiterung kann sich von dem Tegmen tympani auf die Dura fortpflanzen, oder von der hinteren Fläche des Felsenbeines nach dem Kleinhirn; die meisten an Otitis media purulenta sich anschliessenden Abscesse liegen geschlossen und abgekapselt in der Tiefe des Schläfelappens.

Ein 29jähriger Arbeiter, der seit 11 Jahren an einer rechtsseitigen Ohreneiterung litt, magerte in den letzten 6 Wochen ab, er fieberte mit abendlichen Exacerbationen, ohne dass sich eine stärkere Eiterung aus dem Ohre nachweisen liess. Da sich über dem Processus mastoideus weder Schwellung, Druckschmerz, noch Oedem zeigten, so musste an einen Eiterungsprocess in der Nähe des primären Herdes gedacht werden, und zwar in dem Gehirn, weil sich abnorme Druckerscheinungen in cavo cranii: anhaltender Kopfschmerz und gerade zu der Zeit der Fiebersteigerung vorhandene Pulsverlangsamung (53 Schläge in der Minute) deutlich machten. *v. Bergmann* räth, die Oeffnung des Schädels möglichst gross anzulegen, um sich an dem Gehirn gut orientiren zu können. Nach der Trepanation und Durchschneidung der Dura zeigte sich die rechtsseitige III. Schläfenwindung. *v. Bergmann* widerräth die Probepunction, weil er in 2 Fällen, wo sich Abscesse in dem Kleinhirn und Gyr. frontalis post mortem fanden, wegen resultatloser Punctionen von weiterer Operation Abstand nahm. Bei dem Schläfenlappen kann, ohne dass bedeutende Functionsstörungen stattfinden, wiederholt eingeschnitten werden. Der dritte Einschnitt in die Tiefe desselben entleerte grünen, fötiden, ungekästen Eiter. Drainage. Jetzt nach 6 Wochen zeigt sich eine solide, senkrecht über dem Proc. mastoides liegende Narbe, die Schädellücke ist bedeutend verkleinert. Kopfschmerz, Fieber und die Facialisparese schwanden gleich nach der Operation.

233. ***Ueber künstliche Frühgeburt.*** *Von **Strauch** in Moskau. (Arch. f. Gyn. Bd. XXXI, pag. 385.)*

Strauch berichtet über 28 Fälle von künstlicher Frühgeburt, die innerhalb der Jahre 1872—1887, im Verlaufe welcher 54.088 Entbindungen stattfanden, im Institute des kaiserlichen Findelhauses zu Moskau vorkamen. Die Indication zum Operiren war 21 Male das enge Becken, 3 Male Morbus Brighti, 4 Male habituelles Absterben der Frucht. Die Methoden, nach denen vorgegangen wurde, waren folgende: Faradischer Strom 1 Mal (ohne Wirkung), die Kolpeuryse nach *Braun* 2 Male, Pilocarpininjection 3 Male (ohne Wirkung), der Eihautstich 6 Male, die *Kiwisch*'sche Douche 20 Male, das Einführen und Liegenlassen eines Catheters — *Krause*'sche Methode — 26 Male. In mehreren Fällen mussten nacheinander mehrere Methoden in Anwendung gebracht werden. Der *Kiwisch*'schen Methode setzt *Strauch* das aus, dass sie häufig allein nicht ausreicht, die Wehen zu erregen, sondern dass durch dieselbe nachträglich die Erregbarkeit der Uterusnerven herabgesetzt wird, so dass späterhin nicht einmal durch Einlegen einer Bougie kräftige Wehen erregt werden können. Ausserdem, meint er, könne man mittelst dieser Methode leicht eine Infection er-



zeugen. Die Bougie legt er ein, nachdem er sowohl die Vagina (durch Irrigationen), als die Bougie gehörig desinficirt hat. Wird die Bougie vollständig eingeführt, so fixirt er sie mittelst eines vaginalen Wattetampones, im entgegengesetzten Falle befestigt er das hervorragende Ende der Bougie mittelst eines Fadens um das Rumpfende. Die Einführung in der Knieellenbogenlage ist nicht angezeigt, weil dabei Luft in die Vagina einströmt und dadurch leicht eine Infection erzeugt werden kann. Herausgenommen wird die Bougie nach erfolgter völliger Eröffnung des Muttermundes, nach dem Wasserabflusse, bei Blutungen, bei Krampfwehen, die der gewöhnlichen Behandlung nicht weichen und wenn die Bougie 24 Stunden gelegen hat. Im letzteren Falle wird die Bougie aus aseptischen Gründen entfernt. Die Schwangere entleert Blase und Rectum, erhält ein Sitzbad und wird eventuell eine frische Bougie eingelegt. Reichte die Bougiebehandlung nicht aus, die Geburt einzuleiten, so wurde schliesslich der Eihautstich gemacht. *Strauch* hebt hervor, dass in der vorantiseptischen Zeit die Bougiebehandlung sofort stets prompt wirkte und meistens rührt dies davon her, dass damals die Bougie nie desinficirt wurde und durch die Bougie stets eine leichte septische Infection erfolgte, die mit zur Auslösung des raschen Weheneintrittes beitrug. Von Einfluss ist es fernerhin, ob man die Bougie zu einer Zeit einlegt, in der Schwangerschaftswehen da sind oder nicht. Im ersteren Falle ist die Wirkung eine viel promptere. Von den Müttern starb nur eine, und zwar an Morbus Brighti. 8 Kinder kamen todt. Von den 21 lebenden Kindern starben innerhalb der ersten Tage 10 (1 Mal wurden Zwillinge geboren). In den 4 Fällen, in denen wegen habituellen Absterbens der Frucht operirt wurde, kamen alle Früchte todt zur Welt. Wie die Section erwies, war Syphilis die Todesursache. In den Fällen, in denen wegen Beckenenge operirt wurde (21 Fälle), wurden nur 45% der Kinder gerettet. Aus diesem Grunde, meint *Strauch*, solle man den conservativen Kaiserschnitt häufiger vornehmen. *Kleinwächter.*

234. ***Der Einfluss der Cimicifuga racemosa auf die Geburt.*** *Von **Knox** in Chicago. (Amer. Journ. of Obstetr. August-Heft, 1885, pag. 864.)*

Knox wandte die genannte Pflanze bei 57 Erst- und 93 Mehrgebärenden an und fand, dass sie die Geburtsdauer ganz wesentlich abkürze. Seine Erfahrungen über die Wirkung der Cimicifuga racemosa bei Gebärenden präcisirt er wie folgt: Das Mittel hat eine sedative Wirkung auf die Gebärende. Es beruhigt die Reflex-Irritation. Durch Darreichung desselben beseitigt man die Uebelkeit, den Pruritus und die Schlaflosigkeit, Störungen, die oft in den letzten Schwangerschaftswochen da sind. Die Cimicifuga hat eine directe antispasmodische Wirkung bei den Gebärenden. Sie mildert die neuralgischen Krämpfe und unregelmässigen Wehen der ersten Geburtsperiode, sie relaxirt die Uterusmuskelfaser, indem sie Irritabilität der Muskeln controlirt, sie erleichtert dadurch die Wehen und verhindert Perinealrisse. Andererseits steigert sie die Energie der normalen Wehen in der zweiten Geburtsperiode. Nach der Geburt steigert sie die Nachwehen. Sie ist dem Ergotin unbedingt vorzuziehen. *Knox* gibt von einer Mischung, die

aus 1 Unce des flüssigen Extractes der Cimicifuga racemosa und 3 Uncen Sarsaparillen-Syrup besteht, einen Theelöffel jede Nacht, 4 Wochen hindurch vor der zu erwartenden Geburt.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

235. ***Zur Wundbehandlung des Staarschnitts.*** *Von Prof.* **J. Hirschberg.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1888. 38. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1888. October.)*

Die zur Zeit angewendeten Sublimatverbandstoffe können keimfrei sein, zuweilen sind sie es jedoch nicht, und als keimtödtend können sie nicht bezeichnet werden. *Schlaage* fand in Verbandstoffen einer angesehenen Fabrik (10% Jodoformwatte, 10% Carbolwatte, 1% Sublimatgaze) kein einziges Päckchen keimfrei. Die *Bruns*'sche Verbandwatte enthält sehr zahlreiche Bacterien, welche sogar die Gelatine verflüssigen. *Hirschberg* fand in frischen vom Apotheker bezogenen Cocaïnlösungen Schimmelpilze. Die uneröffneten Flaschen von absolutem Alkohol, von Sublimataugenwasser 1 : 5000, von Eserin- und Cocainlösungen in solchem Augenwasser sind höchstens keimfrei, aber nicht keimtödtend. Die derartigen Eserinlösungen enthielten sogar Schimmelpilze. *Hirschberg* sterilisirt daher selbst und verwendet dazu folgende 4 in seinem Operationssaal aufgestellte Apparate. 1. Den *Henneberg*'schen Desinfector mit Gasfeuerung; er sterilisirt wöchentlich 2mal mit bis auf 100° erhitztem strömenden Wasserdampf 2 Stunden lang die ganze in Porcellantöpfen eingestellte Verbandwatte, Binden und Handtücher. 2. Einen kupfernen Kochtopf von Dr. *Müncke*, das Princip ist dasselbe, strömender heisser Dampf, nur ist der Apparat kleiner. Er dient zur Sterilisirung aller bei und nach der Staaroperation verwendeten Lösungen in festverbundenen Flaschen. 3. Den Heissluftsterilisator von *Rohrbeck*, der auf 130° regulirt ist, für Verbandmaterial und Instrumente. 4. Einen Gaskocher für heisses Wasser zur Verdünnung von Lösungen, zur Sterilisirung von metallenen Instrumenten und von Nähseide.

von Reuss.

236. ***Zwei Bemerkungen zur Brillenfrage.*** *Von* **W. v. Zehender.** *(Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1888. October.)*

Die Wirkung cylindrischer Gläser und die Wirkung schräggestellter sphärischer Gläser ist, soweit das Experiment darüber Auskunft gibt, vollkommen identisch. Schräggestellte Gläser wurden schon lange gebraucht, aber sie bezweckten die Gesichtslinie zur Glasfläche senkrecht zu stellen, also die Cylinderwirkung zu vermeiden, die z. B. entsteht, wenn man bei gesenkter Blickebene liest und die Gläserflächen parallel der Gesichtsfläche stehen. *Zehender* will aber bei bestehendem Astigmatismus die astigmatische Bildverzerrung durch die optische Wirkung schrägestehender sphärischer Gläser corrigiren. Wenn man der Linse die Fähigkeit vindicirt, Anomalien der Hornhautkrümmung zu neutralisiren, so muss man, meint *Zehender*, auch die Möglichkeit zugeben, dass



durch das Tragen cylindrischer Brillen Astigmatismus hervorgebracht werden kann. Dann müsse aber auch das Sehen durch schräggestellte Brillen, oder das absichtliche Schrägsehen durch gewöhnliche Brillen auf die Dauer Linsenastigmatismus machen, woran bei der nach *Zehender's* Meinung zu sehr Mode gewordenen Pincenezform der Brillen gedacht werden sollte. *von Reuss.*

237. ***Was vermag das menschliche Ohr ohne Steigbügel zu hören?*** *Von* ***E. Berthold*** *in Königsberg. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XIX. 1. — Archiv f. Ohrenheilk. 1889. 1.)*

Zur Beantwortung vorstehender Frage liefert der Autor einen casuistischen Beitrag in der Krankengeschichte einer 38jährigen Frau, welche, früher an doppelseitigem Ohrenflusse leidend, seit längerer Zeit beiderseits hochgradig schwerhörig war; im hinteren Abschnitte des rechten, zur Zeit unperforirten Trommelfelles fand sich eine knochenharte Stelle, neben welcher bei Vornahme der Luftdouche die Membran einriss. Um die diagnosticirten Verwachsungen derselben mit der Labyrinthwand zu lösen, ging *Berthold* mit einem Synechotom an der Einrissstelle ein, wobei die vermeintlich verknöcherte Stelle im Trommelfelle eine Drehung schräg zur Fläche der Membran machte; das hierauf entfernte Knochenstückchen erwies sich als der vollständige Steigbügel, welcher mit der Platte im Trommelfelle angewachsen gewesen war; ein wässeriger Ausfluss war nicht zu constatiren, dagegen stellte sich hochgradiger Schwindel unmittelbar nach der Operation ein, so dass Patientin nach Hause gefahren werden musste; die Coordinationsstörungen verloren sich nach 2 Tagen. Was nun das Hörvermögen anbetrifft, so ergab sich, dass die Patientin nunmehr auf dem rechten, des Steigbügels beraubten Ohre laute Sprache in der Nähe, und, nachdem die kleine Trommelfelllücke durch ein Eihautstückchen verschlossen worden, Flüsterstimme in 15 Fuss Entfernung hören und verstehen konnte; eine Täuschung war um so sicherer ausgeschlossen, als Patientin links fast völlig taub war.

238. ***Primäre circumscripte ödematöse Epiglottitis.*** *(Epiglottite oedémateuse circonscrite primitive.) Von Dr.* ***Albert Ruault.*** *(Arch. de laryngologie, de rhinologie etc. 1887. 2. — Monatschr. f. Ohrenheilk. u. s. w. 1889. 1.)*

Eine 26jährige Frau zeigte an der hinteren Epiglottisfläche eine umschriebene ödematöse Entzündung, welche Anfangs mit einer Cyste verwechselt wurde; da die Punction der vermeintlichen Cyste nicht gelang, wurde mehrmals mit dem Galvanocauter gebrannt, worauf Heilung erfolgte. Das acute und subacute Larynxödem ist selten an dieser Stelle localisirt; gewöhnlich ist die Epiglottis als Ganzes, und sind namentlich die aryepiglottischen Falten, besonders nach Verbrennungen, ödematös angeschwollen. Dasselbe gilt von der phlegmonösen Epiglottitis. Verf. glaubt, dass die in Rede stehende Affection viel häufiger ist als allgemein angenommen wird, weil bei leichten Larynxstörungen nicht immer laryngoskopirt wird. Der rasche Verlauf und der Schmerz beim Schlingen würden dann die Differentialdiagnose mit Epiglottiscyste erlauben; übrigens sitzen die Cysten dem freien Epiglottisrande näher. Die galvanokaustische Behandlung scheint in solchen Fällen die beste zu sein.



Dermatologie und Syphilis.

239. ***The treatment of epithelioma with mild caustics.*** *Von* **Daniel Lewis**. *(Journal of cutan. and genito-urin. Diseases. Januar 1888.)*

Die Frage, ob es berechtigt sei, oberflächliche Cancroide der Haut und der Schleimhäute mit Aetzmitteln zu behandeln, ist in letzterer Zeit häufig erwähnt worden; die Anschauung, dass eine solche Therapie bedenkliche Gefahren mit sich führe, dass sie sogar im Stande sei, eine Propagation des bis dahin verhältnissmässig benignen Tumors zu begünstigen, scheint sich allmälig in weiteren Kreisen Eingang zu verschaffen. Auch *Bronson* steht auf diesem Standpunkte und versucht an der Hand eines allerdings kleinen Materials den Nachweis zu führen, dass man niemals eine krebsige Geschwürsfläche mit „milden Causticis“ behandeln dürfe; unter diese Rubrik fasst er überhaupt alle chemischen Aetzmittel zusammen und er warnt speciell vor der in Amerika auch für diese Zwecke viel gebrauchten Pyrogallussäure und vor dem Argentum, während er dem galvanischen Strome eine Ausnahmestellung zuerkennt. Ob die allgemeinen Auseinandersetzungen, auf die *Bronson* seine Ansicht theoretisch stützt, unanfechtbar sind, soll dahingestellt bleiben. Der Auffassung, dass durch die Aetzmittel ein Reiz auf die Blutgefässe ausgeübt werde, und dass dadurch die Blutzufuhr und somit die Vermehrungsfähigkeit der Krebsbestandtheile wachse, liesse sich rein theoretisch die andere gegenüberstellen, dass durch die Aetzung die Lebensfähigkeit der Carcinomelemente herabgesetzt, durch die Hyperämie die Widerstandsfähigkeit des noch gesunden Nachbargewebes gesteigert werde. Für die Praxis aber ist die Warnung *Lewis*', leichte und ungenügende Aetzungen von Epitheliomen lieber ganz zu unterlassen, gewiss berechtigt; die Erfahrung, dass bis zu dem Beginne der Behandlung Cancroide sehr langsam, dann aber plötzlich rapid wachsen, wird von *Lewis* durch einige beweiskräftige, wenn auch nicht aussergewöhnlich seltene Beispiele gestützt. *Jadassohn*, Breslau.

240. ***Anthrarobin.*** *Von* **Edward Bennet Bronson**. *(Journal of cutan. and genito-urin. Diseases. November 1888.)*

Während es in Deutschland recht schnell still geworden ist über das zuerst so energisch empfohlene neue Ersatzmittel des Chrysarobins und sogar einige ungünstige Urtheile publicirt worden sind, schildert der amerikanische Autor die Vorzüge des Anthrarobins noch im hellsten Lichte. Er hat mit einer 10% Salbe (mit Vaseline) und mit alkalischen Bädern (nach der *Behrend*'schen Vorschrift) bei 11 Psoriatikern recht günstige Erfolge erzielt, zum Theil günstigere, als mit dem — des Vergleiches wegen auf der einen Körperhälfte applicirten Chrysarobin; er rühmt, wie *Behrend*, schon dem Medicamente eine geringere reizende Wirkung und eine unbedeutendere diffuse Verfärbung nach; dagegen ist die Färbung der damit direct behandelten Stellen ebenfalls sehr intensiv. *Bronson* hat die Salbe und die alkoholische Tinctur auch bei subacuten und chronischen



Eczemen mit Erfolg versucht — freilich meist, nachdem sie schon anderweitig behandelt und auf dem Wege zur Besserung waren; dagegen hat er keine Wirkung gegen den Pruritus gesehen. Auf Grund der *Liebermann*'schen Deductionen reiht der Verf. den *Unna*'schen — in Amerika dem Anscheine nach sehr beliebten — Ideen folgend, das Mittel in die Gruppe der reducirenden, „also keratoplastischen" Medicamente ein. Seine parasiticide Wirkung hat er selbst nicht zu erproben Gelegenheit gehabt, erklärt sie aber ebenfalls durch seine Reductionskraft. — Die an der Breslauer dermatologischen Klinik gemachten Erfahrungen können die günstigen Erfolge *Bronson's* nicht bestätigen. *Jadassohn*, Breslau.

241. ***Keratosis follicularis, associated with an exaggerated tylosis of soles and palms.*** *Von **Neely**. (Journ. of cutan. and genito-urin. Diseases. April 1888.)*

Neely berichtet über einen sehr interessanten Krankheitsfall, von dem es aber keineswegs sicher erscheint, in welche Kategorie er einzureihen ist. Der Name „Keratosis follicularis" ist von *Morrow* gewählt worden zur Bezeichnung eines Krankheitsprocesses, bei dem die Follikel der Haut erweitert und mit comedoähnlichen, stark verhornten Pfröpfen erfüllt sind. Bei dem Patienten *Neely's*, einem halbidiotischen, 16jährigen Negerknaben, bestand seit dem 3. Lebensjahre eine ganz colossale „Tylosis" der Fusssohlen mit tiefen Fissuren. Ganz allmälig hatte sich die Affection auf den Fussrücken und an der Vorderseite der Unterschenkel bis zu den Knien erstreckt; hier war die Haut mit dicken Hornmassen besetzt, welche sich nur schwer entfernen liessen, und unter denen die Talgdrüsenmündungen erweitert und mit eigenthümlichen schleimähnlichen Pfröpfen ausgefüllt waren; in der Umgebung der am stärksten befallenen Partien lagen die in derselben Weise veränderten Talgdrüsen frei zu Tage. Seit 3 Jahren hatte sich auch an den Flachhäuten eine starke Tylosis entwickelt. Der Verfasser ist geneigt, die Hauterkrankung des Patienten mit seiner Idiotie in einen gewissen Zusammenhang zu bringen und hält sie jedenfalls für abhängig vom Centralnervensystem. Sehr auffallend ist, dass er das bekannte Krankheitsbild der „Ichthyosis palmaris et plantaris" gar nicht erwähnt; denn dass es sich um eine angeborene Abnormität gehandelt hat, ist nach der ganzen Beschreibung fraglos, und den wissenschaftlichsten Unterschied gegenüber dem erwähnten Krankheitsbild bietet die Erkrankung des Unterschenkels dar. In jedem Falle ist die Krankengeschichte für unsere Kenntniss von den ichthyosähnlichen Processen von Werth.

Jadassohn, Breslau.

242. ***Dermatitis exfoliativa acuta.*** *Von **Gorter**. (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1888. II. — Centralbl. für die med. Wissensch. 1888. 49.)*

Ein 20jähriges Mädchen hatte in ihrem 13. Lebensjahre unter leichtem Unwohlsein zu husten angefangen. Einige Tage später stellten sich rothe confluirende Flecke auf Hals, Brust, Rücken, Bauch und Extremitäten ein, die mässig juckten und mit Schuppen bedeckt waren; an Händen und Füssen liessen

sich grosse Fetzen dieser ablösen. 6 Wochen darauf war der Process vollkommen abgelaufen. 2 Jahre später trat genau dieselbe Affection auf und wiederholte sich unter denselben Erscheinungen alljährlich. Temperatur und Urin waren während der Anfälle normal, die Menses regelmässig. Sonst fühlte sich Pat. nicht unwohl. Die Haut unter den Schuppen ist hyperämisch, sonst trocken. Die Erkrankung stellt die acute Form der Pityriasis rubra dar, welche günstigen Ausgang hat, während die seltenere, chronische Form stets letal endigt. Auch hier ist Ausgang des acuten Leidens in das chronische möglich und dann die Prognose pessima. — Therapie ist wirkungslos. — Verf. beobachtete noch eine zweite, 28jährige Pat., die seit Jahren an derselben Erkrankung während des Sommers an den Händen litt: nach Anwendung von Tannin-Lanolinsalbe war die Erkrankung nach 5 Wochen geheilt. Auch diese Kranke fühlte sich sonst völlig gesund.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

243. ***Ueber die Beziehungen der Acetonurie zum Diabetes mellitus.*** *Von* **Samuel West.** *Sitzungsbericht der Medical Society zu London. 3. Dec. 1888.*

Verf. gelangt auf Grund klinischer Untersuchungen zu folgendem Resultate: Was die Häufigkeit des Vorkommens von Aceton im Harne anlangt, so ergab die Untersuchung von 30 Patienten im Convalescenzstadium von verschiedenen Krankheiten, dass nur in 3 Fällen Aceton im Harn nachweisbar war. Dagegen wurde Acetonurie im Stadium der Acme bei vielen acuten Krankheiten beobachtet. Ganz gewöhnlich ist ferner die Anwesenheit des Acetons bei Diabetikern ohne Coma, während sie keineswegs immer bei den Patienten, die plötzlich an Coma diabeticum erkrankten, zur Beobachtung gelangte. — Weiterhin konnte man beobachten, dass bei denselben Patienten bald viel, bald wenig Aceton im Harn aufgefunden wurde, ohne dass man hierfür irgend einen Grund nachweisen konnte. Ebensowenig konnten bestimmte Beziehungen zu dem Zuckergehalte, dem specifischen Gewichte etc. beobachtet werden. Zuweilen wurde in demselben Momente, in welchem das Coma diabeticum begann, ein Verschwinden des Acetons aus dem Harn beobachtet. Von anderen Krankheiten gelangte das Aceton regelmässig zur Beobachtung bei Pneumonie, Lebercirrhose, Ileotyphus, Gelenkrheumatismus etc. Aus dem Verhältniss, in welchem das Aceton in den verschiedenen Stadien der Zuckerharnruhr sich findet, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass es mit dem Coma diabeticum in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Nichtsdestoweniger ist das Vorkommen grösserer Mengen von Aceton im Harn Diabetischer insofern nicht ohne Bedeutung, als es in irgend einer Weise das Herannahen schwerer Symptome anzuzeigen pflegt.



244. ***Zur mikroskopischen Untersuchung des Harns auf organisirte Sedimentbestandtheile.*** *Von* ***M. Wendriner.*** *(Allg. med. Central-Ztg. 1889. 8.)*

Beim Sedimentiren des Harns zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung auf organisirte Elemente ist es erwünscht, den Harn möglichst zu conserviren, um Gährungs-, respective Fäulnisserscheinungen auszuschliessen, andererseits das oft so massenhafte gefärbte Uratsediment, welches sowohl das Absetzen der geformten Sedimentbestandtheile stört, als auch letztere bei der mikroskopischen Untersuchung zum Theil verdeckt, in Lösung zu halten, respective wenn es bereits im frischen Harn vorhanden, wieder in Lösung zu bringen. Zu diesem Zwecke verwendet Verf. eine annähernd gesättigte Lösung von Borax und Borsäure zu gleichen Theilen. Dieselbe wird bereitet, indem man 12% pulverisirten Borax in heissem destillirten Wasser löst und unter Umrühren allmälig das gleiche Quantum Borsäure zusetzt. Die Lösung wird noch warm filtrirt. Bei längerem Stehen in der Flasche bildet sich ein geringer krystallinischer Beschlag, der jedoch so fest an den Gefässwänden haftet, dass die Lösung selbst klar bleibt. Dem zu sedimentirenden Harne wird im Spitzglase, entsprechend der ungefähren Menge der vorhandenen Urate, sowie dem beabsichtigten Conservirungseffect, etwa der 5. bis 3. Theil des Volumens an Borax-Borsäure-Lösung hinzugefügt, worauf er, nach einigem Umrühren, in kurzer Zeit klar wird — falls die Trübung nicht von Bacterien herrührt — und sich viele Tage unverändert hält; zur blossen Klärung und Conservirung auf 1—2 Tage genügen meist schon wenige Cubikcentimeter. Bei einschlägigen Versuchen wurden, auf Zusatz des 3. Theils, Gährungs-, respective Fäulnisserscheinungen, auch bei absichtlichem Offenstehenlassen der Gläser an warmen Orten, nie bemerkt, Eiweiss wird nicht coagulirt. Die organisirten Elemente, Epithelien, Cylinder, Blutkörperchen etc. setzen sich ohne jede morphologische Veränderung in der Spitze des Glases, ungehindert durch unorganisirte Beimischungen, so dicht zusammen, dass meist schon die erste Probenahme mittelst Pipette genügt, um unter dem Mikroskop ein klares und vollständiges Bild zu erhalten. *—sch.*

245. ***Die Nervenendigungen in der Hornhaut.*** *Von Dr.* ***Emil Brand*** *in Leipheim. (Arch. f. Augenheilk. XIX. 3. Heft.)*

Im Allgemeinen wird angenommen, dass in der Substantia propria der Hornhaut mehrere über einander befindliche Nervengeflechte vorhanden sind, von denen das oberste zahlreiche mehr oder weniger aufsteigende Zweige (Rami perforantes) gegen das vordere Cornealepithel absendet, die unter der tiefsten Epithellage aber über der Elastica anterior ein Geflecht bilden, welche wieder feinste, senkrecht nach vorne gehende Fädchen abgeben und in den oberflächlichen Lagen der Epithelzellen den intraepithelialen Plexus bilden. Einige nehmen an, dass die letzten Fasern frei oder mit einer kleinen Anschwellung enden, Andere sprechen sich für netzförmige Endigung aus. *Brand* meint, dass diese Annahmen unrichtig seien, dass sich die Untersucher in den mit Goldchlorid hergestellten Präparaten dadurch täuschen liessen,



dass das Goldchlorid auch die Kittsubstanz der Epithelien färbt, und findet, dass weder ein subepithelialer, noch ein interepithelialer Endplexus existirt, dass vielmehr die sogenannten Rami perforantes die letzten Endigungen der Hornhautnerven darstellen und die Nervenendorgane tragen. Diese bestehen aus einer eigenthümlich gestalteten Verdickung des im Verlaufe anschwellenden Ramus perforans, die bei verschiedenen Thierspecies verschieden geformt ist, bei keinen jedoch über das Hornhautstroma hinausragt, speciell beim Menschen stets unter der *Bowman*'schen Schicht gelegen ist. *von Reuss.*

246. ***Untersuchungen über den Bau und die Entwicklung der menschlichen Placenta.*** *Von Dr. R. Heinz in Breslau. (Archiv f. Hyg. Bd. XXXIII. Heft 3.)*

Nach Verf.'s interessanten Untersuchungen, welche im physiologischen Laboratorium unter Leitung *Heidenhain's* gemacht wurden, entwickelt sich die menschliche Placenta folgendermassen: Das der Uterusschleimhaut innig anliegende Chorion bildet Zotten, die an der Serotinalstelle bald in die Uterusschleimhaut, und zwar hauptsächlich in die Drüsen eindringen. Die Zotten durchbrechen die Drüsenwände und verdrängen das mütterliche Gewebe bis auf geringe inselförmige Knoten. Die intervillösen Räume sind Spalträume zwischen den Ueberresten des mütterlichen Gewebes. Durch die immer mehr sich erweiternden Zotten werden die mütterlichen Gefässe eröffnet und ihr Blut ergiesst sich in die intervillösen Räume. Auf diese Weise bleibt nur die die reife Placenta überziehende, $^1/_2$ bis 1 Mm. dicke Serotina s. strict. erhalten, ferner die Cotyledonensepta, welche von den wuchernden Zotten verschont blieben und einzelne Inseln mütterlichen Gewebes. Einen Endothelüberzug konnte Verf. nirgends an den Zotten nachweisen, eine Beobachtung, die auch *Nitabuch* machte, dessen Arbeit jedoch dem Verf. leider unbekannt war. Bekanntlich wollte *Waldeyer* in seinen Präparaten Bilder gesehen haben, die eine Endothelbekleidung der Zotten wahrscheinlich machen. Der Aufbau einer reifen menschlichen Placenta unterscheidet sich von dem der Hunde-, respective Katzenplacenta nach Verf. dadurch, dass in der Serotina bei Hund und Katze am Ende der Schwangerschaft noch reichliche Drüsenreste vorhanden sind, während dies beim Menschen nicht der Fall ist. Auch strömt das mütterliche Blut in der Thierplacenta überall in geschlossenen Bahnen, in der menschlichen dagegen in extravasculären Räumen. Endlich ist in der Thierplacenta das fötale Gewebe innig vom mütterlichen umschlossen, in der menschlichen reifen Placenta werden die Zotten zum grössten Theile unmittelbar vom mütterlichen Blute umspült. Bei dieser Gelegenheit macht Verf. darauf aufmerksam, dass er in der Musculatur zweier frisch entbundener Uteri in den oberflächlichen Schichten der Muskeln eine grosse Anzahl riesiger spindelförmiger Zellen gesehen hat, die er „Kernspindeln" nennt und geneigt ist, dieselben für eine Rückbildungsform der glatten Muskelfasern zu halten. Schematische und histologische Zeichnungen illustriren die schöne und inhaltsreiche Arbeit des Verf. *v. Swiecicki.*

247. **Tata-Eiweiss.** *Von Oberstabsarzt Dr. **C. E. Helbig.** Aus dem hygienisch. Laborat. der Albertstadt-Dresden. (Archiv f. Hyg. 1888.)*

Tata-Eiweiss, nach *Tarchanoff* so benannt, ist ein durch die Einwirkung von Alkali verändertes Hühnereiweiss; das sehr einfache Verfahren der Darstellung hat sich *Tarchanoff* patentiren lassen in der Annahme, dass das Tata-Eiweiss als Conserve dem gewöhnlichen Hühnereiweiss den Rang ablaufen könnte. Es erscheint nämlich, wenn man ein Hühnerei auf einige Tage in Natron- oder Kalilauge legt und dasselbe dann kocht, das Eiweiss als geronnene, gallertartige, durchsichtige Masse, die in 40%igem Alkohol conservirt werden kann. Entfernt man den Alkohol durch kochendes Wasser und lässt dann die Masse im Wasser liegen, so schwillt sie auf etwa das $2^1/_2$fache des Raumes unter Beibehaltung der Form an. *Tarchanoff* nennt diese Erscheinung „Rieseneier". Ueberdies stellt *Tarchanoff* aus getrocknetem Eiweiss durch Behandeln mit warmer, dünner Alkalilauge ein Tata-Pulver dar. Ein solches Pulver unterschied sich äusserlich nicht von getrocknetem russischen Eiweiss, welches neuerdings im Handel unter dem Namen „krystallisirtes Eiweiss" zu haben ist. Die chemische Untersuchung ergibt qualitativ keinerlei Unterschied bezüglich der zahlreichen Albuminreactionen. Nur quillt das Tata-Pulver im Wasser binnen wenigen Minuten beträchtlich, bis zum 20fachen des ursprünglichen Raumes, auf. Durch eine Auswaschvorrichtung, bei der man Tata-Pulver auf ein Filter bringt und tagelang Wasser langsam aufträufeln lässt, erhält man ein aschereiches Filtrat, während die aschearme Hauptmenge auf dem Filter verbleibt. Das Filtrat trübt sich beim Erhitzen nicht, erst beim Ansäuern fällt das gelöste Eiweiss, und zwar vollständig aus. Nach *Tarchanoff* soll das natürliche coagulirte Tata-Eiweiss wenigstens acht- oder zehnmal rascher als Hühnereiweiss verdaut werden; ähnlich verhält sich auch Tata-Pulver zu Pepsin, von welchem es angesäuert erheblich leichter als Eiconserven oder gekochtes Hühnereiweiss gelöst wird. *Helbig* untersuchte nun die chemische Zusammensetzung des Tata-Eiweisses, um Anhaltspunkte über dessen Werth als Nahrungsmittel zu gewinnen. Demnach enthalten:

	Wasser	Asche	Fett	Eiweiss	N-freie Extractivstoffe
Tata-Pulver	9·9	8·3	0·3	72·8	8·7
Eiweissconserve . .	13·4	4·1	0·3	73·6	8·6
Hühnereiweiss . . .	10	3·8	2·9	71·8	11·5

Betreffs der weiteren Daten und Auseinandersetzungen *Helbig's* verweisen wir den Leser auf das Original. Wir halten nämlich dafür, dass das Tata-Eiweiss mehr Interesse für die Chemie, als für die „Ernährung" mit Eiweissconserven darbietet. —*sch.*

248. **Präliminarprobe für Harnprüfung.** *Von Dr. **H. Hager.** (Pharm. Zeit. 1888, pag. 781.)*

Verf. empfiehlt eine schon früher in Vorschlag gebrachte Vorprüfung auf Zucker- oder Albumingehalt. Dieselbe besteht darin, dass man auf einen 1 bis $1^1/_2$ Zoll breiten Streifen von weissem Filtrirpapier einen Tropfen der Harnprobe bringt und diesen Theil des Papiers über einer sehr kleinen Alkohol- oder Gasflamme einige Minuten mit der Vorsicht erhitzt, dass das



Papier unverändert und ungebräunt bleibt. Enthält der Harn keinen Zucker, so trocknet der damit angefeuchtete Theil des Papiers kaum erkennbar oder mit einer schwach gelblichen Färbung ein; enthält er aber Zucker, so entsteht bei völliger Weisse des umgebenden Papiers ein mehr oder weniger gelbbrauner bis brauner Fleck, je nach der Menge des Zuckergehaltes. Enthält der Harn keinen Zucker, indessen Eiweiss, so ist der Fleck gelblich bis gelb, in letzterem Falle oft mit einem Stich in's Röthliche. Betrachtet man den Fleck mittelst einer Loupe im durchfallenden Lichte, so zeigen sich der Rand dunkler und dunkle Flecken, welche bei dieser Eintrocknung bei reinem, sowie bei eiweisshaltigem Harne fehlen. Um für diese einfache Präliminarprobe Uebung und Sicherheit der Ausführung zu erlangen, ist es praktisch, dieselbe einigemale mit Harn und mit einem mit wenig gereinigtem Honig versetzten Harn auszuführen.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

249. ***Untersuchungen über Pleuritis und Pericarditis bei der croupösen Pneumonie.*** *Von* **Kr. Thue**, *Assistent am pathol.-anat. Institut zu Christiania. (Centralbl. f. Bact. 1889. 2.)*

In vier Fällen von Pleurapneumonie mit Pericarditis fand Verf. in den Lungen, sowie an Schnitten der aneinander stossenden Pleura- und Pericardblätter Diplococcuspneumonie. In einem fünften Falle fand er Streptococcen sowohl in den Lungen, als auch in den Lymphbahnen in den aneinander stossenden Blättern der Pleura und des Pericards. Verf. nimmt daher an, dass derselbe Mikroorganismus, der die croupöse Pneumonie hervorrief, auch die begleitende Pleuritis und Pericarditis erzeugt hat, indem der Mikroorganismus zuerst in das subpleurale Gewebe und die Pleura eingenistet, dann von der Oberfläche der Pleura pulmonalis mechanisch auf die Pleura mediastinalis geführt wird, um schliesslich weiter durch die Lymphbahnen in's Pericardium zu wandern. *Schnirer*, Wien.

250. ***Ueber Einimpfung von Rhinosclerom auf Thiere.*** *Vorläufige Mittheilung von* **Eug. M. Stepanow** *in Moskau. (Monatsschr. f. Ohrenheilk., Kehlkopf-, Nasen-, Rachenkrankh. 1889. 1.)*

Verf. hat die Frage über die ätiologische Bedeutung der von *Frisch* entdeckten Rhinosclerombacillen endgiltig durch einige Versuche gelöst, bei welchen er Partikelchen aus der Nase eines an Rhinosclerom leidenden Pat., sowie Reinculturen dieses Bacillus in die vordere Augenkammer von Meerschweinchen, Kaninchen etc. einimpfte. Wenige Tage nach der Infection lassen sich aus der Vorderkammer die charakteristischen Mikroorganismen züchten. In der vorderen Augenkammer findet man ein Granulationsgewebe, welches sich auch auf die Linse fortpflanzt und reichlich Rhinosclerombacillen enthält. Die *Mikulicz*'schen Zellen wurden in verschiedenen Entwicklungsstadien gefunden. In der Linse sehr schöne Mikrobennester mit ihren durch Hämatoxylin gut tingirten Kapseln. Auch eine ältere Reincultur rief



dieselben Veränderungen hervor. Verf. hat auch in dem den Augapfel umgebenden Gewebe solche Befunde zu sehen Gelegenheit gehabt, welche die Annahme gestatten, dass die Infection von der Augenhöhle sich auch auf die Nachbartheile fortpflanzen kann.

Schnirer, Wien.

251. ***Beitrag zur Lehre von der Präventivimpfung.*** *Von* ***P. Foà*** *und* ***A. Bonome.*** *(Riforma med. 1888, pag. 3. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 5.)*

Verff. machten die folgende, zu Gunsten der chemischen Auffassung des Wesens der Immunität sprechende Beobachtung. Injicirt man einem Kaninchen eine Aufschwemmung einer Cultur von Proteus vulgaris in das Abdomen oder in eine Vene, so geht das Thier innerhalb 24 Stunden unter den Symptomen einer acuten Intoxication zu Grunde. Inoculirt man nun mit dem Blute oder den Organen des eben verendeten Thieres ein neues, so zeigt dieses, abgesehen von einem leichten Unwohlsein, nichts Abnormes (wohingegen aus dem verendeten Thiere angelegte Culturen sich virulent erwiesen). Trotzdem zeigt sich das Thier gegen nachfolgende Infection mit Reinculturen von Proteus vulgaris immunisirt. Diese Resultate sind ganz constante.

252. ***Bericht der Sammelforschung über die schädlichen Folgen des Alkoholgenusses.*** *Von* ***Owen.*** *(Brit. med. Journ. 1888. 1434. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 5.)*

Die Ermittelungen der British Medical Association über die Beziehungen zwischen dem Alkoholgenuss und Krankheiten erstrecken sich auf 4234 nach dem 25. Lebensjahr verstorbene Männer. Von diesen hatten sich 149 des Alkoholgenusses überhaupt enthalten, 1645 werden als mässige, 1122 als Gelegenheitstrinker, 653 als tüchtige Zecher und 653 als Gewohnheitssäufer bezeichnet. Von den Resultaten dieser Sammelforschung seien die folgenden hervorgehoben: 1. Gewohnheitsmässiger Alkoholgenuss kürzt auch schon bei geringem Ueberschreiten der Mässigkeitsgrenzen das Leben, und zwar steht die durchschnittliche Kürzung des Lebens ziemlich genau im Verhältniss zum Grade des gewohnheitsmässigen Alkoholgenusses. 2. Nach dem 25. Lebensjahr beträgt die Differenz der Lebensdauer zwischen den mässigen Trinkern und den Säufern durchschnittlich mindestens 10 Jahre. 3. Für die Entstehung der Lebercirrhose und der Gicht wird unmässiger Alkoholgenuss mit Recht verantwortlich gemacht und es gibt keine andere Krankheit, die in ähnlich deutlicher Weise auf den Alkoholgenuss zurückgeführt werden kann. 4. Abgesehen von diesen Erkrankungen besteht die schädliche Wirkung des Alkohols mehr in der Herbeiführung einer Prädisposition zu Erkrankungen überhaupt, als in dem Hervorbringen einer besonderen pathologischen Läsion. 5. Bei der Aetiologie chronischer Nierenerkrankungen spielt wahrscheinlich unmässiger Alkoholgenuss direct oder durch Herbeiführung der arthritischen Disposition eine Rolle. 6. Die absolute Enthaltsamkeit und der mässige Alkoholgenuss vermehren die Aussicht auf einen Tod in Folge von Altersschwäche ohne besondere Organerkrankung.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

253. *De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie.*

Par ***Georges Guinon.***

(Revue de chirurgie. 1888. Nr. 11.)

Referirt von Dr. Schnirer, Wien.

Seit den Arbeiten *Charcot's* weiss man, dass das Trauma eine nicht unwichtige Rolle in der Aetiologie der Hysterie spielt. Diese Thatsache ist durch die Arbeiten von *Erichsen*, *Page*, *Walton*, *Leyden*, *Oppenheim* und *Thomsen*, *Bernhardt* etc. ausser Zweifel gestellt worden. Auf die Natur des Traumas kommt es dabei wenig an. Obgleich die meisten bis nun bekannten Fälle solche sind, die nach Eisenbahnunfällen entstanden sind (inde nomen railway-spine, railway-brain), so muss doch hervorgehoben werden, dass jedes Trauma bei disponirten Individuen zu hysterischen Erscheinungen Anlass geben kann. Was die Intensität des Traumas betrifft, ist es wichtig, zu wissen, dass der geringste Schlag oder Stoss hysterische Erscheinungen hervorrufen kann. So sind es bei Eisenbahnunfällen gerade die am wenigsten Betroffenen, welche später an Hysterie erkranken. Es spielen hierbei eben mehrere Momente eine Rolle: das Trauma als solches, die allgemeine Erschütterung und schliesslich der Schrecken. Letzterer ist an und für sich ein wichtiges Moment in der Aetiologie des nervösen Shok und die Fälle von sogenannten Schrecklähmungen sind nicht gar so selten. Die hystero-traumatischen Erscheinungen treten erst einige Zeit nach dem stattgehabten Trauma auf. Es sind dies rein psychische Erscheinungen, die bis zu ihrem Ausbruch ein Decubationsstadium von 2—3 Wochen vorübergehen lassen. Der Entstehungsmechanismus derselben ist durch die Benennung „psychische Lähmungen" oder wie die Engländer sagen „dependent on idea" genügend gekennzeichnet. Der heftige Stoss auf eine Extremität erweckt in dem Verletzten den Gedanken des Verlustes dieser Extremität. Dieser Gedanke wird bei einem nervös beanlagten Menschen zur fixen Idee, die durch eine Art Auto-Suggestion zu einer wirklichen Lähmung führt. Die wichtigsten hystero-traumatischen Erkrankungen, deren Diagnose für den Chirurgen von Wichtigkeit ist, sind folgende:

1. Schädeltraumen. Ist dabei der hysterische Anfall deutlich ausgeprägt, so macht die Diagnose keine Schwierigkeiten. Dies ist jedoch nicht immer der Fall. So z. B. klagt ein Pat., der vor einiger Zeit einen Schlag auf den Kopf erhalten hatte, über Steifigkeit des Armes oder des Beines, über Herumwälzen der Zunge im Munde und über mehr oder weniger heftige Schüttelkrämpfe in einer Extremität. Es könnte sich hier um partielle Epilepsie in Folge einer localisirten Meningo-Encephalitis handeln, die durch das Schädeltrauma hervorgerufen worden ist. In diesem Falle müsste man trepaniren und den Herd behandeln. Ein solcher Eingriff darf jedoch nicht unternommen werden, bevor man sich



Gewissheit verschafft hat, dass es sich nicht um einen Fall von Hystero-Traumatismus handelt, sondern um die von *Ballet* mit dem Namen „Attaque d'hystérie à forme d'épilepsie partielle" belegte Affection. Wie soll man die Differentialdiagnose machen? Der Kopfschmerz besteht auch beim Hystero-Traumatismus, mit dem Unterschiede, dass er hier nicht auf die vom Trauma betroffene Stelle beschränkt bleibt, sondern den Charakter der neurasthenischen Cephalalgie trägt. Ein wichtiges differential-diagnostisches Moment besteht darin, dass bei Hysterie selbst nach zahlreichen Anfällen das von Convulsionen befallene Glied seine Beweglichkeit intact behält, während dieselbe bei einer Encephalitis bedeutend geschwächt wird, wenn nicht gar Paralyse eintritt. Bei Encephalitis traumatica fehlen ferner die Stigmata der Hysterie (Anm. vor dem Anfall: Anästhesien, hysterogene schmerzhafte Punkte, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie, Polyopie, Mikropsie und Makropsie, Geruchs-, Geschmacks-, Gehörsstörungen), die im anderen Falle stets vorhanden sind.

2. Hystero-traumatische Monoplegien. Auch hier wird man aus der Gegenwart der hysterischen Stigmata auf Hysterie schliessen können. Doch liefert die Lähmung als solche genügende Anhaltspunkte für die Bestimmung der hysterischen Natur der Erkrankung. Sie ist nämlich stets von einer Hautanästhesie für Schmerz, Kälte und Wärme begleitet, die, wie *Charcot* gezeigt hat, an der oberen Extremität in Form eines Wamsärmels, an der unteren in Form einer Hammelkeule ausgebreitet ist. Dazu gesellt sich ein vollständiger Verlust der tiefen musculären und articulären Sensibilität. Ebenso ist der Muskelsinn und der Begriff der Lagerung der gelähmten Extremität vollständig aufgehoben. Trophische Störungen fehlen im Allgemeinen an dem gelähmten Gliede. Doch kann zuweilen die hystero-traumatische Lähmung mit Muskelatrophie complicirt sein, und zwar kann die Amyotrophie schon frühzeitig auftreten und einen bedeutenden Grad erreichen, ohne jedoch an die bei Erkrankungen des Rückenmarks und der peripheren Nerven beobachtete Höhe heranzutreten. Die atrophirten Muskel zeigen nie Entartungsreaction. Ferner ist hier der Mangel trophischer Störungen an der Haut, den Nägeln von besonderer Wichtigkeit.

Von chirurgischen Erkrankungen, die eine hystero-traumatische Monoplegie vortäuschen könnten, sei folgendes Beispiel erwähnt: Ein Mann fällt von einem Gerüste, beschädigt sich an einer Schulter und am Kopfe und kommt zum Arzt mit einer Monoplegie der oberen Extremität. Die Lähmung könnte vielleicht durch Druck eines eingedrückten Fragmentes des Scheitelbeines auf das motorische Centrum des Armes bedingt sein. Dann müsste die Lähmung sofort nach Einwirkung des Traumas auftreten, der gelähmte Arm zeigt auch keine Spur von Anästhesie und keine Störung des Muskelsinnes, ferner muss der Kranke an auf der der gelähmten entgegengesetzten Seite localisirten Kopfschmerzen leiden. Schliesslich wird die directe Untersuchung des Schädels, der Schmerz an der lädirten Stelle zur Diagnose führen. Dass diese Cur von der grössten Wichtigkeit für die Therapie ist, muss nicht erst bewiesen werden, da man leicht durch Trepanation und Entfernung des Knochenfragmentes Heilung herbeiführen kann.

Hat man eine corticale Läsion ausgeschlossen, so kommt eine zweite Möglichkeit in Betracht, nämlich die Zerrung und Zerreissung des Plexus brachialis. Nun ist aber die Hautinnervation der oberen Extremität nicht ausschliesslich vom Plexus brachialis abhängig, einzelne Stellen werden ja vom Cervicalplexus innervirt und an diesen Stellen müsste die Sensibilität und die Beweglichkeit erhalten bleiben. In der That bleibt bei Zerreissung des Plexus brachialis die Sensibilität des Oberarmes erhalten, die Anästhesie betrifft blos die Hand, den Vorderarm und einen kleinen Theil an der vorderen und inneren Seite des Armes. Dabei bestehen trophische Störungen, bedeutende Muskelatrophie mit Entartungsreaction der gelähmten Muskel, ein von dem geschilderten Bilde der Monoplegia hystero-traumatica völlig verschiedenes. — In einem Falle von Compression des Plexus brachialis durch einen Callus einer schlecht geheilten Fractur des Oberarmes, bei welchem das geschilderte Bild der Monoplegie bestand, konnte durch Befreiung der Nerven vom Drucke des Callus Heilung herbeigeführt werden. Auch hier konnte im ersten Moment an eine hystero-traumatische Monoplegie gedacht werden.

(Schluss folgt.)

Literatur.

254. ***Wider die Lehre von der Selbstinfection.*** *Von Dr. W. Thorn in Magdeburg. Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 327.*

Die wichtigste Frage in dem grossen Streite zwischen den Infectionisten und den Selbstinfectionisten (Ausdrücke *Ahlfeld's*) bildet die Reinheit und Unschuld der Vagina und des Cervix der gesunden Frau rücksichtlich des primären Vorhandenseins von infectiösem Material, kurz gesagt: die Asepsis des Genitalcanals. Unter Selbstinfection verstehen wir nach *Kaltenbach* einen Vorgang, bei welchem nur solche Krankheitserreger zur Wirkung gelangen, welche sich schon vor der Geburt im Genitalcanal oder seiner nächsten Umgebung befanden. *Ahlfeld* gibt eine ähnliche nur etwas erweiterte Definition; *Döderlein* dagegen meint sonderbarer Weise: Selbstinfection ist nicht eine Infection von selbst, sondern eine Infection, welche die Betreffende sich selbst zufügt. Verf. glaubt darunter die Fälle verstehen zu sollen, in denen eine controlirbare Untersuchung und Betastung der äusseren und inneren Genitalien vor oder während der Geburt oder im Wochenbett auszuschliessen war, und in welcher doch eine leichtere oder schwerere puerperale Erkrankung folgte. Von Seite der Anhänger der Selbstinfection wird behauptet, dass sonst harmlose Mikroorganismen ihre nur vorübergehend geschwächte Virulenz in der Geburt und im Wochenbett voll wieder erhalten und dann zu den schwersten Formen septischer puerperaler Erkrankung Veranlassung geben können. Diese Lehre nun steht im Widerspruch zu den klinischen und bacteriologischen Ergebnissen, wenn auch die Möglichkeit nicht geleugnet werden kann, dass die Vagina unter Umständen auch ohne controlirbare Untersuchung pathogene Mikroorganismen beherbergen kann. Wenn es nun, wie ja auch *Schröder* erklärt hat, eine Selbstinfection im eigentlichen Sinne gar nicht gibt, so empfiehlt es sich doch aus praktischen Gründen,

diesen Namen beizubehalten für jene in ihrer Aetiologie dunkle Fälle puerperaler Erkrankung, in welchen eine controlirbare äussere directe Infection auszuschliessen ist. Am Schlusse eines ganz interessanten, überaus eingehenden, in alle Winkel und Falten leuchtenden Raisonnements über die von ihm als Irrlehre bezeichnete Selbstinfectionstheorie, erklärt *Th.*, vorläufig keinen Grund zu haben, an den jetzt geltenden Normen der Antiseptik in der Geburtshilfe Aenderungen vorzunehmen, und ist überzeugt, dass für die Gebärenden im Allgemeinen die Thätigkeit der Hebammen ungefährlicher ist, als die des Praktikers, und dass in Gebäranstalten und besonders in klinischen Anstalten dieser Art die Gefährdung derselben am höchsten ist. Im Anschlusse an *Credé* verlangt Verf., die interne Exploration der Gebärenden auf ein Minimum zu beschränken und für alle Fälle auch bei Wöchnerinnen und Schwangeren möglichst ebenso schonend zu verfahren, wie dies am Kreissbette schon fast allgemein zu geschehen pflegt. Im Puerperium soll in den ersten 8 Tagen nur unter den dringendsten Indicationen untersucht werden. Ohne weiter auf die zahllosen Details und Ausfälle der geharnischten Schrift des für seine Ansicht begeisterten Verfassers eingehen zu können, kann Referent es sich nicht versagen, seine Ansicht dahin auszusprechen, dass *Thorn* nichts weniger als frei ist von demjenigen Hauptfehler, den er seinen Gegnern, den Herren von der Selbstinfection, vorwirft, nämlich von der Voreingenommenheit, die ihn gewiss ebensoweit über das Ziel schiessen lässt, als seine Gegner von der äussersten Linken. Es ist dies darum so sehr zu bedauern, weil durch seine übertriebenen Einwürfe und Behauptungen die Gegner geneigt sein dürften, der ganzen in vieler Hinsicht sehr tüchtigen Streitschrift nicht die ruhige und vorurtheilsfreie Aufmerksamkeit zu schenken, ohne welche eine Einigung der sich einstweilen noch schroff gegenüberstehenden Parteien nie und nimmer erzielt werden wird. Die Frage ist ja kein blosses Steckenpferd einiger gelehrter Herren, sondern von fundamentaler Bedeutung, tief einschneidend in das Wohl und Weh der Frauen und damit der menschlichen Gesellschaft. Dass die vorliegende, 24 Seiten des bekannten Formats starke Schrift *Thorn's* für den praktischen Arzt von hohem Interesse sein wird, ist selbstverständlich; welcher Partei er auch angehören mag, er wird viel Lesenswerthes, manch kernigen Ausspruch der Besten unter den berufenen Fachleuten darin vorfinden. Besonderen Nutzen werden diejenigen aus der Lectüre der *Thorn*'schen Arbeit ziehen, denen die vor nicht langer Zeit erschienene Schrift *Kaltenbach's*: Zur Antiseptik in der Geburtshilfe — *Volkmann's* Hefte 295 — gegenwärtig ist. Referent hat dieselbe vor Kurzem in der „Rundschau" einer kritischen Besprechung unterzogen, auf welche er hiermit verweist. *v. Buschman.*

255. ***Handbuch der kleinen Chirurgie für praktische Aerzte.*** *Von Dr.* ***Gustav Wolzendorff,*** *Stabsarzt a. D. Mit 525 Holzschnitten. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889. VI und 565 S. 8⁰.*

Die Anerkennung, welche das vorliegende Werk sich sowohl von Seite der Fachmänner als unter den praktischen Aerzten errungen, machte rasch das Erscheinen einer neuen Auflage nothwendig. *Wolzendorff's* kleine Chirurgie umfasst thatsächlich das ganze Gebiet jener chirurgischen Hilfeleistungen, welche nicht die ausschliessliche Domäne der Operateure und Kliniken bildet. Die Darstellung der Verbandlehre, der antiseptischen Behandlung der Wunden, der Blutstillung, Einspritzungen, Katheterismus, der Operationen, welche die künstliche Zerstörung der Gewebebildungen bewirken — der scharfe Löffel, Galvanokaustik, Aetzmittel — ferner die



Schilderung von Schnitt und Ligatur, Punction und Aspiration, Impfung der Schutzpocken, Operationen an den Zähnen, der Massage und der Einleitung der künstlichen Athmung, sind sämmtlich so gehalten, dass der praktische Arzt und der Studirende der Medicin vollkommen ausreichende Belehrung und Anleitung zur Ausführung der operativen Handgriffe erlangen. Aber selbst für die Lehrer der Chirurgie bietet *Wolzendorff's* Schrift den Vortheil, dass sie dasjenige Gebiet der Chirurgie umfasst, welches jeder praktische Arzt möglichst vollkommen beherrschen soll, und mit dem den Studirenden so viel als möglich vertraut zu machen die dankbarste Seite des klinischen Unterrichtes in der Chirurgie ausmacht. Das Schlusscapitel ist den Anästheticis gewidmet. Auch in diesem Capitel ist den Aufgaben der Praxis sorgfältig Rechnung getragen. Verfasser hebt u. A. hier die wohlthätige Wirkung der Morphium-Chloroform-Narcose bei Gewohnheitstrinkern hervor. Im Abschnitt „Locale Anästhesie" schildert Verfasser auch die „Elektricität in Verbindung mit Arzneimitteln", die sogenannte Kataphorese. Die grosse Anzahl der Holzschnitte wirkt diesmal als didaktischer Behelf ganz vorzüglich. —*lm.*

256. ***Arzneiverordnungen zum Gebrauche für Klinicisten und praktische Aerzte.*** *Zusammengestellt von Dr.* ***S. Rabow.*** *15. Auflage. Strassburg, F. Schmidt's Universitätsbuchhandlung, 1889.*

Ueber den grossen Werth dieses praktischen, bereits in 15 Auflagen erschienenen Werkchens haben wir bei einer früheren Auflage uns bereits eingehend ausgesprochen. Auch diesmal wieder finden wir alle bis in die allerneueste Zeit in Gebrauch gezogenen Heilmittel verzeichnet, durch Receptformeln erläutert, die Dosis und den Preis der betreffenden Medicamente angegeben. Trotz der erheblichen Zunahme des Inhaltes ist der Umfang des Büchelchens in seinen früheren bescheidenen Grenzen geblieben. Die Vorzüge dieser Arbeit erklären es, weshalb Geheimrath *Leyden* in Berlin derselben unausgesetzt sein reges Interesse entgegenbringt. Unzweifelhaft wird das ärztliche Publicum auch diese neue Auflage mit Freuden begrüssen. *Hausmann,* Meran.

257. ***Die Schrift.*** *Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie. Von Dr.* ***A. Erlenmeyer*** *in Benndorf. Stuttgart, A. Bonz.*

Der indogermanische Sprachstamm schreibt im Gegensatze zum semitischen von links nach rechts. Ferner schreiben wir als Rechtshänder im Sinne der Abduction; dass dies die physiologische Norm ist, zeigt der Umstand, dass Kinder und Solche, die aus irgend einem Grunde des Gebrauchs der rechten Hand beraubt sind, auch mit der linken Hand abducirend schreiben. Verf. stellt sich nun die Frage, ob die alten semitischen Völker mit der linken Hand geschrieben haben? Seine und anderer Forscher höchst interessanten Studien haben ergeben, dass diese alten Völker Linkshänder waren und folgerichtig auch mit der linken Hand schrieben. Unsere heutige Rechtshändigkeit nicht nur im Schreiben, sondern auch in allen manuellen Fertigkeiten ist die alleinige Folge unserer nach rechts hin verlaufenden Schrift, im Sinne des Gesetzes der Vererbung. Wir sind also „linkshirnig", weil wir „rechtshändig" sind und nicht umgekehrt. Dass Leute, die nicht schreiben können, dennoch rechtshändig sind, schiebt der Verf. auf Rechnung des Princips der zweckmässigsten Nachahmung. (Diese und ähnliche Schlüsse des geistreichen und sehr gelehrten Verfassers erscheinen dem Ref. doch etwas allzugewagt für die letztgenannte Frage, bezüglich der Analphabeten wäre ja die Erwägung



völlig hinreichend, dass die heutigen Menschen aber mit geringer Ausnahme alle rechtshändig und linkshirnig sind, daher auch die Analphabeten, und dass ja bei der Entwicklung des Fötus nicht darauf Rücksicht genommen wird, ob derselbe als reifer Mensch später schreiben lernt.) Weiters stellt sich Verf. die Frage, ob die als sogenannte Spiegelschrift bekannte linkshändige Abductionsschrift nur das zweckmässigste, aber willkürliche Aushilfsmittel beim Schreiben der rechthändig Gelähmten darstellt, oder ob sie eine nothwendige Folge einer bestimmt localisirten Gehirnaffection, also eine Zwangsbewegung ist? Diese Frage beantwortet der Verf. auf Grund seiner Untersuchungen bejahend im Sinne der ersteren Annahme. Das zweite Capitel ist der Mechanik des Schreibens und dem Charakter der Schrift gewidmet und lässt sich wie folgt zusammenfassen: Das Schreiben ist eine coordinirte Bewegung und wird ausgeführt durch Contraction gewisser Muskelgruppen an Vorderarm, Hand und Fingern. Die Schrift erhält durch physischen Einfluss ihren individuellen Ausdruck, ihren Charakter. Wir schreiben in gerader Linie, obwohl die natürlich, physikalisch bedingte Richtungslinie unserer Handschrift eine Bogenlinie, ein Theil eines Kreises ist, dessen Radius der Grösse der Entfernung entspricht, von der Federspitze bis zum festen Drehpunkte des Vorderarms. Haar- und Schattenstriche werden in geraden, Bogenstriche in geschwungenen runden Linien ausgeführt. Keine Einzelbewegung beim Schreiben erfolgt durch Innervation eines einzelnen Nerven, es sind vielmehr für jede Bewegung stets mindestens zwei Nerven vorhanden. Jedes Individuum hat im normalen Zustande eine durch bestimmten Typus als ihm eigenthümlich sich kennzeichnende Handschrift. Die mechanischen Schriftstörungen theilt Verf. ein in die atactischen und die Zitterschrift; die physischen Schriftveränderungen in die bewusst zwangsartigen, *a)* Agraphie, *b)* Paragraphie und in die willkürlich unbewussten, die Schrift der Paralytiker. Der nächste Abschnitt über die atactische Schrift ergibt folgende Sätze: Die atactische Schrift kömmt physiologisch vor beim Kinde, welches schreiben lernt. Sie kömmt pathologisch vor in Folge aller Erkrankungen, welche Ataxie der Handbewegungen verursachen. Hierher gehören cerebrale, cerebellare und spinale Affectionen von bestimmter Localisation, ferner Alkoholintoxication, abnorme Ermüdung der Muskeln, gewisse Formen von Schreibkrampf. Die atactische Schrift charakterisirt sich durch excessiv ausgeführte Buchstaben, durch mehr oder weniger grosse Unleserlichkeit, durch Rückfall in die natürliche physikalisch begründete Bogenlinie der Schrift. Sie kömmt in reiner Form vor, kann sich aber verbinden mit der Zitterschrift und der Schrift der Paralytiker. Die Ergebnisse des nächsten Capitels über die Zitterschrift sind folgende: Sie kömmt pathologisch vor durch alle Ursachen, welche ein Zittern des Armes und der Hand veranlassen, wie z. B. Kälte, Nicotinvergiftung, das Hungerstadium, bei Morphium und Alkohol, diffuse Herdsclerose, rhythmische Chorea, Paralysis agitans u. s. w. Physiologisch kömmt sie vor im Greisenalter. Sie charakterisirt sich durch Wellenbewegungen der einzelnen Striche, die sich theils horizontal, theils vertical bewegen können; sie weicht nie von der geraden Richtung ab, wird nie unleserlich; die einzelnen Buchstaben sind ganz gleichmässig ausgeführt. Eine auf den N. radialis isolirte Innervationsstörung macht sich nur in den Auf- und Bogenstrichen bemerkbar und lässt die Nieder- oder Grundstriche unverändert; sie kann sich verbinden mit atactischer und paralytischer Schrift. Weiters behandelt Verf. die atactische Agraphie, die amnestische Agraphie und die Paragraphie. Im

Abschnitte über die Schrift der Paralytiker stellt Verf. folgende Sätze auf: Die sogenannte Schrift der Paralytiker kommt nur vor bei Kranken, die an einer diffusen organischen Affection der Hirnwände leiden. Sie charakterisirt sich durch Sinnfehler, d. h. es fallen entweder in der Schrift grammatikalisch nothwendige Zeichen (Buchstaben, Silben, Worte) aus, oder werden in mehr als nothwendiger Zahl geschrieben. Diese Schrift kömmt bei der allgemein fortschreitenden Paralyse ungemein frühzeitig vor und gibt somit für diese Erkrankung ein werthvolles diagnostisches Hilfsmittel ab. Sie ist im Anfangsstadium der Erkrankung fast immer uncomplicirt vorhanden, geht aber bei weiterem Voranschreiten der Krankheit, Verbindungen mit den mechanischen Störungen der Schrift ein. Im Schlusscapitel über die praktische Verwerthung der Schrift wird gezeigt, dass die Schrift frühzeitig die Diagnose einer organischen diffusen Rindenerkrankung ermöglicht. Sie stützt die Differentialdiagnose zwischen dieser und consensuellen oder sympathischen Erkrankungsformen der Rinde, und ist befähigt, die Entscheidung zu fällen in der Frage, ob eine allgemeine Paralyse durch Syphilis bedingt ist oder nicht. Die Schrift kann objectiv mit Sicherheit benützt werden für die Vorhersage des Verlaufes der allgemeinen Paralyse; liefert auch objectiv den Nachweis therapeutischer Erfolge bei der Anwendung gewisser Arzneimittel und des constanten elektrischen Stromes; sie zeigt die physische Besserung an bei spontanen Remissionen gewisser Gehirnerkrankungen. Zwölf Tafeln mit sehr charakteristischen Schriftproben vollenden das höchst interessante Werk des als Fachmann berühmten Verfassers, welches jedem Leser unbedingt ebenso viel Nutzen als Vergnügen bringen wird. *v. Buschman.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

258. ***Ueber die Behandlung von Lageveränderungen des Uterus nach der Methode von Brandt.*** *Von Dr.* ***Alfred Goenner.*** *Nach dem Vortrage, gehalten in der med. Gesellschaft zu Basel am 6. December 1888. (Correspondenzbl. für Schweiz. Aerzte. 1889. 3.)*

M. H.! Unter den Leiden der weiblichen Genitalien, welche nicht nur die Hilfe des Specialisten, sondern auch des praktischen Arztes häufig beanspruchen, nehmen die Lageveränderungen der Gebärmutter eine der ersten Stellen ein.

Bei Behandlung derselben führen Pessarien nicht immer zum Ziel und sind stets etwas Mangelhaftes; operative Eingriffe werden oft verweigert, sind zum Theile nicht ungefährlich und helfen mitunter nicht. Eine Methode, durch welche man im Stande ist, Lageveränderungen in einigen Wochen zu beseitigen, und zwar ohne Pessarien und Operationen und ohne dass die Patientin in ihrer Beschäftigung wesentlich beeinträchtigt wird, ist gewiss des ärztlichen Interesses werth. Diese Methode ist von dem schwedischen Major *Brandt*, also von einem Nichtmediciner, erfunden und seit Jahren ausgiebig angewendet worden. Trotzdem, dass diese Thatsache nicht unbekannt blieb, ist es doch lange gegangen, bis die Methode in Deutschland versucht wurde. Zu dieser langsamen Verbreitung hat wohl beigetragen, dass der Erfinder kein Arzt ist. Ausserdem war das *Brandt*'sche Buch in schwedischer Sprache geschrieben und somit nur einem relativ kleinen Leserkreis zugänglich. Erst ganz



vor Kurzem hat *Resch* dasselbe in's Deutsche übersetzt. Der erste Arzt, der das *Brandt*'sche Verfahren richtig beschrieben und empfohlen hat, ist der schwedische Gynäkologe Dr. *Nissen*. Seine Arbeit erschien in den Siebziger-Jahren im Norsk Magazin for Laegevidenskaben, V. Bd., Heft 1—4, und wurde ausserhalb seines Vaterlandes wenig bekannt.

Der erste Arzt, welcher die *Brandt*'sche Behandlungsweise nach eigener Anschauung deutsch beschrieben hat, ist *Schauta*.

Wichtig sind zwei Aufsätze von *v. Preuschen*, die er im „Centralblatt für Gynäkologie" dieses Jahres publicirt hat, insoferne, als sie erstens eine physiologische Erklärung für die *Brandt*'sche Methode zu geben suchen und ferner dieselbe vereinfachen.

v. Preuschen glaubt nämlich, die Hauptsache seien die Adductionsbewegungen der Oberschenkel, welche die in Steinschnittlage befindliche Patientin macht, während der Arzt diesen Näherungsversuchen der Beine einen Widerstand entgegensetzt. Bei diesen Adductionsbewegungen, die zugleich mit Hebungen des Gesässes verbunden sind, werden nämlich die Muskeln des Beckenbodens, namentlich der Levator ani mit contrahirt. Die Stelle, an der die Scheide durch den Levator ani durchtritt, befindet sich ungefähr in der Spinallinie, dort steht auch die Portio. Ist dieser Muskel contrahirt, so verengert er das Lumen der Scheide und stellt so dem Tiefertreten der Portio ein Hinderniss entgegen, vorausgesetzt, dass der Uterus anteflectirt ist. Ist er dagegen nach hinten gesunken, so genügt der Widerstand nicht und das Hinabsinken des Uterus in den schräg abwärts verlaufenden unteren Theil der Scheide und schliesslich ganz nach aussen wird nicht verhindert. Der Levator ani, der durch die oben beschriebenen Bewegungen tonisirt wird, dient also dem Uterus wesentlich als Stütze. Gelingt es, ihn hinreichend zu kräftigen, so ist er im Stande, den Uterus wieder in seiner normalen Lage zu erhalten.

Diese Adductionsbewegungen lässt *Brandt* von seinen Patienten auch ausführen; er betrachtet sie aber wie die Klopfungen des Kreuzbeines und der Lendenwirbelsäule nur als Unterstützungsmittel der Cur, während die Hauptsache seiner Ansicht nach in den sogenannten Lüftungen oder Hebungen des Uterus besteht, die bei Besprechung des *Brandt*'schen Buches näher beschrieben werden sollen. Die Lüftungen hält *v. Preuschen* für weniger wichtig; sie dienen nach seiner Ansicht nur zur Herstellung der Anteflexion, die nothwendig ist, damit der Uterus auf dem Levator eine genügende Stütze findet und ferner zur Dehnung, resp. Zerreissung der Verwachsungen, die den Uterus hinten festhalten. Er hat vier Kranke mit Vorfall der Gebärmutter geheilt und feststellen können, dass das Resultat nicht nur ein vorübergehendes war, sondern auch anhielt, wenn die Patientinnen ihren früheren Beschäftigungen nachgingen und sich so neuen Schädlichkeiten aussetzten. Allerdings ist die Beobachtungszeit keine sehr lange.

Endlich kommen wir zur letzten, aber wichtigsten Publication über unser Thema, zu der vor Kurzem erschienenen deutschen Uebersetzung des *Brandt*'schen Buches über die heilgymnastische Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten durch *Resch*. *Brandt* erzählt in demselben, wie er im Jahre 1842 als Gymnast ausgebildet wurde, dann als Lehrer am königlich gymnastischen Institut in Stockholm wirkte, später in Heilanstalten thätig war und so Frauenkrankheiten kennen lernte.

Nach *Brandt* ist es am besten, wenn der Arzt selbst die Behandlung der Vorfälle und Lageveränderungen des Uterus vornimmt; Gym-

nasten eignen sich dazu weniger, da ihnen die nöthigen anatomischen Kenntnisse fehlen, auch Frauen, die ja zur Schonung der Schamhaftigkeit der Patientinnen am Platze wären, sind in der Regel nicht zu gebrauchen. Mit der Behandlung muss man nicht etwa aufhören, sobald die Kranke Besserung fühlt, sondern so lange damit fortfahren, bis man sich vom Bestand der Heilung überzeugt hat. Die Patientin liegt zur **gynäkologischen Massage** auf einer Chaiselongue mit angezogenen Oberschenkeln, gebeugten Knien und erhöhtem Oberkörper, der Arzt sitzt auf ihrer linken Seite, das Gesicht gegen sie gekehrt. Der Zeigefinger der kleinen linken Hand wird in die Scheide eingeführt, der rechte stärkere Arm massirt. Untersucht werden die Kranken stehend und liegend ungefähr wie es bei uns zu geschehen pflegt. Bei der Untersuchung per vaginam ist bemerkenswerth, dass die zwei oder drei letzten Finger nicht gebeugt, sondern gestreckt gegen den Damm gehalten werden, und dass man so mit dem untersuchenden Finger höher gelangen soll.

Die Besprechung der Methoden der Reposition des Uterus würde uns zu weit führen, dagegen müssen wir die eigentliche Behandlung der Senkungen und Vorfälle etwas genauer beschreiben. Dieselbe beginnt mit Kreuzbein-Klopfungen, d. h. es werden mit der geballten Hand Schläge gegen die Sacral- und Glutaealgegend ausgeführt. Dann kommen als zweites die Hebebewegungen des Uterus. Die Stellung der Patientin ist dabei ganz die gleiche, wie die oben für Massage der Beckenorgane im Allgemeinen angegebene; der Gymnast aber kniet, statt zu sitzen, so dass er sich etwas über die Patientin beugen kann und führt dann beide stark supinirten Hände hinter der Symphyse in die Tiefe gehend gegen den Uterus, den er erfasst und allmälig in die Höhe zu ziehen sucht. Hierbei fühlt er, wenn er in eine gewisse Höhe gelangt ist, wie derselbe seinen Händen entschlüpfen will. Dies muss man nur allmälig geschehen lassen, weil ein plötzliches Herabschnellen schmerzhaft und hauptsächlich unzweckmässig wäre. Die Hebebewegungen sollen nicht von einer Person allein ausgeführt werden, sondern der Arzt soll nach Reposition des prolabirten Uterus mit seinem Finger in der Scheide bleiben und dabei controliren, ob der Assistent, der die Lüftungen ausführt, auch den Uterus wirklich fasst und in die Höhe zieht.

Als Drittes kommen die Knieschliessungen mit Hebungen des Kreuzes, von denen aber *Brandt* im Gegensatze zu *v. Preuschen* sagt, dass sie „jedoch keineswegs als eine Hauptsache zu betrachten sind und jedenfalls den Hebebewegungen nachstehen". Aus diesen drei Theilen besteht jede Sitzung. Bemerkenswerth ist, dass trotz der geringen Bedeutung, die *Brandt* der Knieschliessung beimisst, er die Patientinnen zu Hause eine Gymnastik machen lässt, die darin besteht, dass sie „mit gekreuzten Beinen die Adductoren der Oberschenkel activ anspannen und die Muskeln des Beckenbodens dadurch üben, dass sie gleichzeitig dieselbe Bewegung wie beim Zurückhalten des Stuhls ausüben". Ferner dürfen die Patientinnen nicht allein aufsitzen, sondern müssen sich helfen lassen, oder dabei auf die Arme stützen, damit nicht durch die Wirkung der Bauchpresse die falsche Lage des Uterus wieder zu Stande komme.

Nach dieser kurzen Uebersicht über den Gegenstand erlaube ich mir, Ihnen meine persönlichen Erfahrungen mitzutheilen, und zwar zunächst nur diejenigen bei Lageveränderungen oder Fixation. Die Retroflexionen und -Versionen mit oder ohne Senkung und Vorfall scheinen



mir der Beachtung besonders werth, weil bei diesen Leiden die Erfolge der Methode am unwahrscheinlichsten und deshalb am überraschendsten sind.

Ich habe im Ganzen 12 solcher Patientinnen zu verzeichnen, aber nur bei 8 derselben darf die Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden.

Sämmtliche 8 Frauen haben geboren; bei 5 handelte es sich um Retroflexion ohne erheblichen Descensus, bei 2 um Retroflexion oder Version mit beträchtlichem Tiefersinken, resp. leichtem Vorfall und bei 1 um vollkommenen Prolaps des Uterus. Ein Resultat ist bei allen erzielt worden, nur ist dasselbe nicht jedesmal gleich gut. Die einfachen Retroflexionen sind alle geheilt, d. h. der Uterus befand sich am Schluss der Behandlung in annähernd, oder ganz normaler Anteflexion und ist darin geblieben. Diejenigen mit Senkung, resp. kleinem Vorfall sind insofern besser geworden, als der Uterus jetzt wieder im Becken ist und anteflectirt, aber doch noch tiefer als normal. Ein Fall von totalem Prolaps ist nicht geheilt, sondern nur gebessert worden.

Der Vortragende zeigt nun an mehreren Beispielen (s. im Original), dass sich mit der *Brandt*'schen Methode Erfolge erzielen lassen, die zu weiteren Versuchen ermuntern.

Bei allen Kranken ist eine Besserung eingetreten, 7 haben jetzt einen ungefähr normal liegenden Uterus und brauchen kein Pessar mehr; eine muss noch einen Tampon tragen, ihr Zustand ist aber gegen früher wesentlich günstiger. Wenn es also auch nicht immer gelingt, die ursprünglichen Verhältnisse wieder herzustellen, so gewinnt man doch wieder eine Unterlage für Stützapparate. Es scheint mir, dass zur Erzielung günstiger Resultate eine Auswahl der Patientinnen nöthig ist. Erstens sind solche auszuschliessen, bei denen ein bedeutender Dammdefect besteht, der als die erste Ursache der Lageveränderung angesehen werden muss, ferner schlaffe, muskelschwache Individuen, endlich solche mit wenig Energie, welche die Anstrengungen der Cur scheuen. Bei allen diesen würden gute Erfolge ausbleiben und die Methode könnte dadurch discreditirt werden.

Was die Art der Ausführung betrifft, so scheint es mir, dass man in manchen Fällen ohne Assistenz auskommen kann. Nöthig ist sie nur dann, wenn Lüftungen gemacht werden müssen und auch da nicht immer absolut. Wo man ohne Lüftungen nur mit Gymnastik auskommt, ist selbstverständlich Assistenz unnöthig. Das ist dem ursprünglichen *Brandt*-schen Verfahren gegenüber gewiss von Vortheil; denn es ist entschieden für die Patientin viel angenehmer, mit ihrem Arzt allein die Uebungen vorzunehmen, als in Gesellschaft und mit Hilfe einer dritten Person. Immer kann dies allerdings nicht umgangen werden. Es scheint mir ferner nicht absolut nothwendig, dass, wo man mit den Bewegungen auszukommen glaubt, der Arzt dieselben während der ganzen Dauer der Cur vornehmen müsse. Am Anfang ist dies freilich unumgänglich nothwendig, weil man sich täglich von der Lage des Uterus überzeugen und diese nöthigenfalls corrigiren muss, bevor die Bewegungen gemacht werden. Später kann man eine andere Person zu Hilfe nehmen, und dazu eignet sich wohl am besten der Mann der Patientin. Mägde sind selten intelligent und kräftig genug. Immerhin ist es gut, während dieser Zeit alle paar Tage zu controliren, ob die Bewegungen richtig gemacht werden und ob die falsche Lage nicht etwa wieder vorhanden ist.

Die Bewegungen sind Anfangs für die Patientin etwas ermüdend, bald aber werden die Adductoren der Oberschenkel stärker und man muss seine ganze Kraft anwenden, um Widerstand leisten zu können. Das Gleiche findet mit dem Levator ani statt, man kann seine Contractionen gut fühlen, wenn man untersucht, während die Patientin die Beine einander nähert, und kann auch constatiren, wie im Laufe der Behandlung die Contracturen des Muskels kräftiger werden und wie er stärker gegen die Scheide vorspringt. Damit sich der Levator energisch contrahire, ist es nöthig, dass die Kranke das Kreuz tüchtig hebe, während sie die Knie schliesst. Blosses Schliessen wirkt nicht so gut.

Die Stellung des Arztes, während er die Widerstandsbewegung ausführt, kann eine verschiedene sein. Entweder er sitzt zwischen den Beinen der Patientin, das Gesicht ihr zugekehrt, stemmt seine Oberarme gegen ihre Knie und gibt so ihrem Druck allmälig nach, oder er befindet sich neben ihr und drückt die Knie mit den Händen auseinand-r. Es scheint mir, dass man bei der ersten Position mehr Kraft entfalten kann, man weniger ermüdet und dass sie daher vorzuziehen ist.

Die Behandlung wird am besten des Vormittags vorgenommen; denn dann sind die Kranken noch frisch und man kann es zugleich am leichtesten so einrichten, dass der Darm vorher entleert worden ist und noch keine reichliche Mahlzeit stattgefunden hat, was die Gymnastik erleichtert.

M. H., ich hoffe, Ihnen gezeigt zu haben, dass die *Brandt*'sche Methode eine Bereicherung unserer Therapie genannt werden darf, und zwar eine solche, die wohl eine Zukunft haben wird und die deshalb Interesse verdient.

Kleine Mittheilungen.

259. ***Rasche Heilung von Morphiumsucht.*** *Von Dr. **G. Cramer** in Biel. (Memorabilien. XXII. Jahrg. 3. — J. R. d. med.-chir. Centralbl. 1889. 1.)*

Eine Bauernfrau musste in Folge einer puerperalen exsudativen Peritonitis nach Ablauf des acuten Stadiums wegen der fortbestehenden Schmerzen Morphium nehmen. Sie gewöhnte sich so sehr daran, dass sie täglich 1·06 in Lösung einnahm. Verf., welcher eine Apotheke hielt, sistirte die weitere Verabfolgung und setzte das Morphium unter sicheren Verschluss. Als sie mit grossem Ungestüm immer nach Morphium verlangte, sandte er ihr Tinctura castorei spir. mit der Versicherung, dieses Medicament werde das erstere vollständig ersetzen, jedoch erwartete er beim nachfolgenden Besuche schwere Vorwürfe wegen der Täuschung. Zu seiner Ueberraschung dankte die Person schon beim Eintreten und theilte mit, wie ausgezeichnet ihr das neue Mittel zusagte. Die Schmerzen seien vollständig verschwunden und sie brauche nur wenige Tropfen zu nehmen, um die leichter gewordenen neuen Anfälle sofort ganz zum Verschwinden zu bringen.

260. ***L'acetanilide dans les névralgies dentaires.*** *Von Dr. **Amblard** de Nimes. (Semaine médicale. — Revue odontologique. Octobre 1888. — Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 1889. 1. H.)*

Nach Eingabe von 50 Centigramm Acetanilid (Antifebrin), nachdem alle anderen angewendeten Mittel nichts nützten, wichen die heftigen neuralgischen Zahnschmerzen bei einer 35jähr. Frau. Nach 24 Stunden, während welcher Zeit Patientin Ruhe hatte, bekam dieselbe einen neuen Anfall, welcher aber nach einer zweiten gleich grossen Dosis Acetanilid verschwand. Ein zweiter Fall betrifft einen Knaben von 14 Jahren. Eine halbe Stunde nach der Einnahme von 50 Centigramm Acetanilid hörten auch hier die Schmerzen auf.

261. *Heilung einer Manie unter dem Einfluss von Rachendiphtherie.* *Von Dr.* ***E. Schütze.*** *(Arch. f. Psych. XX. 1, pag. 230. — Centralbl. f. Nervenhk. 1889.)*

Eine erblich belastete 27jähr. Gutsbesitzerstochter erkrankte Juni 1886 an einer etwas atypischen Manie mit grosser motorischer Unruhe, welche in einigen Schwankungen verlief und nach einem halben Jahre einen prognostisch bedenklichen Charakter angenommen hatte. Am 14. Januar 1887 acquirirte Pat. eine Rachendiphtherie mit heftigem Fieber, wurde mit Beginn der Entfieberung (nach 10 Tagen) plötzlich ruhiger und war nach einigen Wochen vollkommen genesen. Kein Recidiv. — Verf. schliesst sich der Ansicht derjenigen Autoren an, welche das Hauptgewicht dieses Vorkommens auf die durch das Fieber bewirkte Erhöhung des Stoffumsatzes (in anderen Organen und) im Gehirn legen.

262. *Das Hyoscyamin soll als Hypnoticum* nach ***G. Lemoine*** (Gaz. médic. 1888, 28 und 29) nur in sehr kleinen Dosen 1—5 Milligramm angewendet werden. In einem Falle von neurasthenischer Schlaflosigkeit genügten 2 Milligramm, um binnen 1—2 Stunden achtstündigen Schlaf herbeizuführen. Unter 120 Fällen versagte das Mittel nur zehnmal. Statt in Form von Injectionen kann das Mittel auch in Granules verabreicht werden. Subjective oder objective unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. *—r.*

263. *Bei diphtheritischer Pharyngitis* empfiehlt ***Roulin*** stündlich zu wiederholende Ausspritzungen mit carbolsaurem Natron (3 Esslöffel auf 1 Liter Wasser). Wenn Carbolharn auftritt, muss das Mittel ausgesetzt werden. *Roulin* hat in 82 Fällen Erfolge dieser Behandlung beobachtet

(Journ. méd. de Paris. 1888.)

264. *Gegen Seekrankheit* empfiehlt ***Rebatel*** (L'Union méd. 1889. 5) Atropin in folgender Formel:

Rp. *Atrop. sulf. neutr.* *0·03*
Aq. dest. *10·00*

S. Injection einer Spritze subcutan alle 6—8 Stunden.

Nur manchmal tritt bei dieser Dosis Trockenheit der Kehle auf, sonst werden keine störenden Nebenwirkungen beobachtet. *—r.*

265. *Zur Abortivcur der frischen Gonorrhöe* empfiehlt Dr. ***Rively*** die directe Application des Copaivabalsams mit Hilfe einer damit armirten Bougie. Schon nach einmaliger Einführung desselben (6—8 Minuten liegen lassen!) soll der Ausfluss verschwinden; der Sicherheit halber wird noch an einigen folgenden Tagen die Application erneuert; die Schmerzhaftigkeit bei dem Verfahren ist unbedeutend; strenges Regime ist nothwendig. Das Verfahren muss entschieden als rationell bezeichnet werden, und dürfte sich eine Nachprüfung wohl empfehlen; gegen Goutte militaire soll es unwirksam sein. (Medical Register. 1888. 26. — Deutsch-med. Wochenschr. 1889. 5.)

266. *Kaffee als bestes Vehikel für Antipyrin* empfiehlt ***R. L. Batterbury*** (Brit. med. Journ. vom 27. October 1888. — Der prakt. Arzt. 12). Wenn man Antipyrin in wässeriger Lösung oder in Tafelform in eine Tasse in gewöhnlicher Weise zubereiteten und mit Milch und Zucker versetzten Kaffee hineingibt, kann die Mischung genommen werden, ohne dass der Geschmack des Antipyrins auch nur im Geringsten empfunden wird.

267. *Pilocarpin, ein Mittel gegen das Hautjucken bei Gelbsucht.* *Von* ***Goodhardt.*** *(Brit. med. Journ. 1889.)*

Verf. nahm an, dass ein Mittel, welches eine so reichliche Diaphorese herbeiführe, überhaupt einen modificirenden Einfluss auf die Functionen der Haut ausüben müsse, und begann er auf Grund dessen Versuche mit Pilocarpin-Injectionen, um das quälende Hautjucken der Gelbsüchtigen zu bekämpfen. Der Erfolg entsprach den Erwartungen: Eine einmalige Injection von 0·02 Pilocarpin. muriat. aq. dest. genügte, um das Jucken für mehrere Tage zu beseitigen. — In den ersten Tagen nach der Injection waren die Patienten vom Jucken vollkommen frei, am zweiten Tage war manchmal eine Spur vorhanden, am dritten oder vierten Tage musste die Injection gewöhnlich wiederholt werden. — Nebenbei bemerkt *Goodhardt*, dass er diese Injectionen auch in manchen Fällen von Tabes zur Bekämpfung der blitzartig eintretenden Schmerzen in den Beinen angewendet habe, und zwar selbst dann mit Erfolg, wenn andere Mittel versucht und fehlgeschlagen hatten.



268. ***Zur Syphilisbehandlung.*** Prof. *Emerich Poor* hält das Jod auf Grund 22jähriger Erfahrungen für das sicherste und unschädlichste Heilmittel der Syphilis. Er reicht das Jod in Mineralwasserform, und zwar nach folgender Vorschrift:

Rp. *Aq. dest.* *300·0—1000·0*
Natri bicarbonici
Natri sulfurici } *ana* *3·0—10·0*
Kali jodati

M. S. 3mal täglich 1—2 Esslöffel voll in zweimal so viel Trinkwasser zu nehmen. Diese Dosis wurde wöchentlich bei jedesmaligem Einnehmen um einen Esslöffelvoll vermehrt. Bei der Dosis von 6 Esslöffeln begannen die Syphiliserscheinungen sichtlich zu schwinden; dann wurde mit den Dosen nicht mehr gestiegen, aber dieselben fortgesetzt. Wenn bei einer Dosis von 6 Esslöffeln die Syphilissymptome sich nicht zu verlieren begannen, wurde die Vermehrung der Gabe des erwähnten Mineralwassers zu 7—8 Esslöffelvoll fortgesetzt, und nur ausnahmsweise musste bis zu 9—10 Esslöffel gestiegen werden, damit die Syphiliserscheinungen vollständig sistirten und auch die chronische Infiltration der Lymphdrüsen überall schwand. Wöchentlich wurden 1—2 laue Seifenbäder verabreicht. Bei Anämischen und Scrophulösen hat *Poor* anfangs Ferrum jodatum gegeben und ging erst später zu Natrium jodatum in Mineralwasserform über. (21. Wanderversammlung ungar. Aerzte. — Allg. Wr. med. Zeitg. 1888. 36.)

269. ***Ueber den zeitlichen Eintritt der epileptischen Anfälle*** hat *Féré* auf seiner Abtheilung während 3 Monate bei 1985 epileptischen Anfällen genau Zeit und Stunde notiren lassen, um zu erfahren, ob die beregten Anfälle mit Vorliebe zu bestimmten Tageszeiten sich einstellten. Aus dieser Statistik geht hervor, dass Abends gegen 9 Uhr einerseits und Morgens zwischen 3 und 5 Uhr andererseits starke Vermehrung der Anfälle statt hatte. Da diese nun gerade in die Zeit nach dem Zubettegehen, resp. vor dem Aufstehen fällt, also in die Zeit der hypnagogischen Hallucinationen, so wäre ein Zusammenhang zwischen den letzteren und der grösseren Häufigkeit der Anfälle nicht undenkbar. *Brown-Séquard*, der eine gleiche Statistik führte, fand, dass die Anfälle am häufigsten vor dem Erwachen auftraten; andererseits, wenn die eingeschlafenen Individuen erwachten und von Neuem einschliefen, fand eine Vermehrung der Anfälle während dieses zweiten Schlafes statt. (Société de Biolog. zu Paris. 10. Nov. 1888. — Centralbl. f. Nervenhk. 1889. 2.)

270. ***Hamamelis und Hydrastis bei Lungenblutungen.*** *Von Dr. Koeniger. (Therap. Monatshft. 1888. Hft. 11. — Fortschr. d. Krankenpfl. 1889. 1.)*

Verf. betont, dass man bei den gewöhnlichen bei Lungenblutungen verwendeten Mitteln fast stets nur den Erfolg erreiche, den Patienten den Appetit zu verderben, ohne die Blutung zu stillen, die meist von selbst zum Stehen komme. Gegenüber den von *Ziemssen* empfohlenen Eisenchlorid-Inhalationen stellt er sich auf den abweisenden Standpunkt *Rühle's*. — Er glaube Hydrastis im Allgemeinen als zuverlässiger bezeichnen zu können, wenn auch Hamamelis gute Resultate gab. Vor Allem sei zu rühmen, dass Hydrastis als ausgezeichnetes Tonicum wirke und den Appetit hebe; übrigens eine Eigenschaft, welche von *Massini* schon 1885 hervorgehoben wurde und welche in Amerika diesem Präparate einen guten Ruf verschafft hat. — Verwendet werden die Fluidextracte beider Droguen. Die Dosis war 3 Mal täglich 20—30 Tropfen.

271. ***Warner's Safe Cure.*** *(Bekanntm. d. kgl. Polizei-Präs. Berlin vom 25. Mai 1888.)*

Unter den Namen „*Warner's* Safe Cure" wird seit einiger Zeit eine braune Flüssigkeit in flachen Flaschen von etwa 500 Gramm Inhalt gegen Nierenleiden und Magenbeschwerden angepriesen und für den Preis von 4 Mark verkauft. Die amtlich veranlasste chemische Untersuchung und die Angabe eines hiesigen Apothekers, welcher das Mittel führt, haben ergeben, dass das Mittel im wesentlichen aus amerikanischem Wintergrünöl (Oleum Gaultheriae procumb.) hergestellt wird, und dass die Flasche höchstens einen Werth von 2 Mark hat.



Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Becker Otto und *Hess Wilhelm.* Siebenter periodischer internationaler Ophthalmologen-Congress. Heidelberg den 8.—11. August 1888. Bericht auf Grund der eingelieferten Manuscripte und der stenographischen Aufzeichnungen zusammengestellt. Mit 8 Tafeln und 50 Abbildungen im Texte. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1888.

Coën, Dr. Raphael, prakt. Arzt und Spracharzt zu Wien. Specielle Therapie des Stammelns und der verwandten Sprachstörungen. Stuttgart 1889, Verlag Ferd. Enke.

Frommel, Prof. Dr. Richard in Erlangen. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. Unter Mitwirkung mehrerer Fachgelehrten. I. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1889. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1888.

Hoffa, Dr. Albert, Privatdocent für Chirurgie an der Universität Würzburg. Schema der antiseptischen Wundbehandlungsmethode. Stuttgart 1889, Verlag von Ferdinand Enke.

Hahn Johannes. Ueber Transplantation ungestielter Hautlappen nach *Wolfe* mit Berücksichtigung der übrigen Methoden. Inaugural-Dissertation der medicinischen Facultät zu Kiel. Kiel 1888, Verlag von Anewkow und v. Gellhern.

Krafft-Ebing, Dr. R. v., o. ö. Professor für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der k. k. Universität in Graz. Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. Stuttgart 1889, Verlag von Ferd. Enke.

Nebel, Dr. Hermann. Bewegungscuren mittelst schwedischer Heilgymnastik und Massage, mit besonderer Berücksichtigung der mechanischen Behandlung des Dr. *G. Zander* in Frankfurt a. M. Mit 55 Abbildungen im Texte und einer Tafel. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1889.

Nitze, Dr. Max in Berlin. Lehrbuch der Kystoskopie, ihre Technik und klinische Bedeutung. Mit 6 Tafeln und 26 Abbildungen im Texte. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889.

Seifert, Dr. Otto, Privatdocent in Würzburg und *Müller, Dr. Friedrich,* Privatdocent und Assistent der II. med. Klinik in Berlin. Taschenbuch der medicinisch-klinischen Diagnostik. Mit 50 Abbildungen und einer colorirten Tafel. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889.

Volkmann, Richard v. Sammlung klinischer Vorträge, in Verbindung mit deutschen Klinikern. Herausgegeben von —.
228. *Ch. A. Schmidtborn,* Ueber Asthma nervosum.
229—30. *Wilhelm Alexander Freund,* Ueber Acromegalie.
331. *Charles Krafft,* Ueber die frühzeitige operative Behandlung der durch Perforation des Wurmfortsatzes hervorgerufenen Perityphlitis stercoralis.

Wolzendorff, Dr. Gustav, Stabsarzt a. D. Handbuch der kleinen Chirurgie für praktische Aerzte. Mit 525 Holzschnitten. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

272. ***Was verhindert die Selbstverdauung des lebenden Magens? Beitrag zur Aetiologie des runden Magengeschwüres.*** *Von Dr. med.* **E. Sehrwald.** *Jena. (Münchener medic. Wochenschr. 1888. 44. 45.)*

Im Allgemeinen gilt in Betreff der Selbstverdauung des Magens und der Aetiologie des runden Magengeschwüres jetzt folgende Anschauung: Die Magensäure wird durch das reichlich durchfliessende alkalische Blut neutralisirt, demnach die Schleimhaut vor der verdauenden Wirkung derselben geschützt; bei verhinderter Neutralisation tritt Selbstverdauung ein, Neutralisation ist unmöglich bei aufgehobener Blutcirculation, allzu geringer Blutalkalescenz, bei zu saurem Magensaft oder wenn mehrere dieser Factoren zusammenwirken. Damit ist jedoch nicht jedes Magengeschwür erklärt, auch experimentell noch nicht der Beweis geliefert. Früher machte man die Lebenskraft als das Hinderniss gegen Selbstverdauung geltend, später aber erwies *Cl. Bernard*, dass ein lebender Froschschenkel im Hundemagen in $^3/_4$ Stunden verdaut war und nahm an, dass nur die eigenthümliche Richtung des Stoffumsatzes in der Magenschleimhaut der Schutz gegen Selbstverdauung sei. Der Magen selbst werde dauernd im Leben verdaut, d. i. der Schleimüberzug der Schleimhaut und das Epithel, es ergänzt sich aber andauernd diese oberste Decke zum Schutze der tieferen Lagen vor dem lösenden Magensaft. *Pavy* stellte später die Behauptung auf, nicht die dauernde Regeneration des Epithels schütze den Magen, sondern die durch das Leben dauernde Durchströmung alkalischen Blutes, welches die Salzsäure neutralisirt. Locale Circulationsstörungen im Magen führen zu localer Necrose, zum Ulcus rotundum *(Virchow)*, so wenn der arterielle Zufluss gestört ist, bei Embolien und Thrombosen der Arterienzweige; kleine Wachskügelchen in die Arteria femoralis injicirt, verursachten *(Panum)* kleine Magengeschwüre; *Leube* betont, dass sehr starke Gefässe verstopft sein müssten, um peptische Geschwüre zu erzeugen. Es entsteht dann eine venöse Hyperämie. — Eine 2. Entstehung von Magengeschwüren ist durch Anschluss an eine vorausgegangene Blutung, eine 3. Weise ist die durch Circulationshemmung von der venösen Seite aus, so nach starken Brechbewegungen. Ueberall ist Verlangsamung oder Aufhebung des alkalischen Blutstromes Ursache

ungenügender Neutralisation des Magensaftes. Es sprechen aber Thatsachen, wie z. B. dass Magennarben trotz der fehlenden Blutcirculation unverdaut bleiben, dafür, dass die lebende Zelle selbst eine active Leistung ausübt, welche die Selbstverdauung verhindert, umsomehr, als der Magensaft rohes ungekochtes Bindegewebe leicht löst. Ausserdem ist es *Samuelson* gegen *Pavy* nie gelungen, durch starke Salzsäuremengen eine Selbstverdauung des Magens zu erzeugen, dasselbe ergeben an Hyperacidität erkrankte Magen. Auch Einspritzungen von Säuren in's Blut, wobei die Alkalescenz herabgesetzt war, blieben resultatlos. Wiederum also Belege gegen *Pavy*. *v. Jaksch* hat allerdings neuerdings bei Chlorotischen, bei denen Magengeschwüre häufig sind, eine grosse Verminderung der Blutalkalescenz nachgewiesen, aber dann müssten Pneumonie, chronische Nephritis mit Urämie, Lebercarcinom, Leukämie, perniciöse Anämie eine Rolle in der Aetiologie des Ulcus rotundum spielen, dies ist aber nicht der Fall. Es frägt sich nun, ob der Ausgleich zwischen Magensäure und Blutalkali im lebenden Magen nach den Gesetzen der Diffusion erfolgt und dann würde, wenn mehr Alkali nach dem Mageninnern vordringt, als durch endosmotische Kraft möglich ist, dies nur durch Kräfte der lebenden Zelle ermöglicht werden, ebenso wie zu geringer Uebertritt von Alkali nur durch hemmendes Eingreifen activer Zellenthätigkeit möglich wäre. Es ist also zu entscheiden, ob die Diffusionsgrösse der lebenden Wand gleich ist der einer todten Membran und dies geschieht, wenn einmal der lebende Magen mit einer bestimmten Salzsäuremenge vom Procentgehalt des Magensaftes gefüllt wird und dann der Verlust an Acidität bestimmt wird, dann genau dasselbe am todten Magen vorgenommen wird, während man von der anderen Seite eine Flüssigkeit von der Alkalescenz des Blutes einwirken lässt. Das Resultat der Untersuchungsreihe ergibt: 1. Der Ausgleich zwischen dem Alkali des Blutes und der Säure des Magensaftes erfolgt im Leben nicht nach dem Gesetz der Diffusion, sondern in viel geringerem Umfange. 2. Die Selbstverdauung des Magens wird daher nur zum Theil durch die Alkalescenz des Blutes, zum andern Theil durch active Zellthätigkeit verhütet. 3. Das zwischen Blut und Magensaft eingeschaltete, lebende Epithel, vermindert deren gegenseitige Neutralisation und wirkt somit als ein Alkali-, Schutz- und Sparmittel für das Blut, und ein Säure-, Schutz- und Sparmittel für den Magensaft. 4. Dadurch wird eine bedeutende Secretions- und Resorptionsarbeit für den Magen erspart. 5. Der Schutz des strömenden Blutes liegt theils in dessen Alkalescenz, theils in dessen Nährlösung. 6. Alle Momente, welche die Ernährung der Zellen der Magenwand aufheben, wie Störungen der Circulation, Schädigung des Epithels, Schädigung trophischer Nerven, können zur Selbstverdauung und Geschwürsbildung führen. *Hausmann*, **Meran.**

273. ***Ueber eine Parotitis-Epidemie.*** *Von Prof. Dr. R. Demme in Bern. Aus dem Jahresberichte des Jenner'schen Kinderspitals in Bern. 1888.*

Vom Juni 1887 bis Mai 1888 wurden im Ganzen 117 Fälle von Parotitis notirt. Unter diesen 117 Fällen heben sich 8 durch ihren schweren Charakter und die dabei bestehenden, zum Theil



sehr ernsten Complicationen besonders ab. Zwei dieser Fälle, mit im Anschluss an die Parotitis aufgetretener Gangrän der Ohrspeicheldrüse, endeten letal. Es sind ferner unter diesen 8 schweren Fällen 3 Beobachtungen von brettartiger, bei zwei Patienten zur Abscessbildung führender Infiltration der Parotis, ihrer Umgebung und der ganzen entsprechenden Halsseite zu rechnen. Zwei andere Fälle waren durch eine in der Periode der Rückbildung der Parotidengeschwulst sich rapid entwickelnde Glomerulonephritis ganz analog dem Verlaufe der Scharlachnephritis, übrigens mit rasch günstigem Ausgange, complicirt. In einem letzten der schweren Fälle gesellte sich zu der doppelseitigen Parotitis eine linksseitige, zur Abcessbildung und Perforation des Trommelfells führende Otitis media. Es bestand hier während etwa 5 Tagen eine heftige, eine beginnende Meningitis vortäuschende cerebrale Symptomenreihe. Ein eigenthümliches, an den Verlauf von Noma erinnerndes Verhalten bot die Entwicklung der Gangrän bei den beiden oben erwähnten Beobachtungen. Bei beiden Fällen leitete sich der Brandprocess zur Zeit der stärksten Entwicklung der Parotitis in Form eines schmutzig grünbraunen, auf der Hautbedeckung der Drüsengeschwulst sehr rasch emporgeschossenen Bläschens ein. Unter successivem Sinken der Körpertemperatur bis zu anhaltend subnormalen, zwischen 36·8—37·0° C. nahm das mit einem dunkelblaurothen Hofe sich umgebende Bläschen an Unfang zu. Bei einem der beiden Fälle, (3½jährig. Knabe) entwickelte sich nun innerhalb 36 Stunden, bei dem anderen Falle (7jährig. Mädchen) innerhalb 52 Stunden aus dem genannten Bläschen ein unregelmässig contourirtes, etwa 3—5 Mm. tiefes und circa 2·5—3 Cm. im Durchmesser haltendes grünbraunes Geschwür. Mit der Pincette liessen sich grosse schmierige Gewebfetzen von dem Geschwürsgrunde ablösen. Von dem Geschwüre verbreitete sich in ziemliche Entfernung ein äusserst widerlicher faulig-süsslicher Geruch. Die wesentlichsten Allgemeinerscheinungen bestanden bei beiden Kranken in hochgradiger Schwäche und fast anhaltender Somnolenz, in blass cyanotischer Gesichtsfarbe, auffallender Kühle der Extremitäten, Neigung zu Nasenbluten, ferner in vollständigem Appetitverlust und Diarrhöe. Der Tod erfolgte bei dem Knaben am 8. Tage nach Beginn des Brandes, nach kurz vorher stattgehabten Nasenbluten, in Folge gänzlicher Erschöpfung der Kräfte, bei dem 7 Jahre alten Mädchen am neunten Tage unter Lungenödem. —*r.*

274. ***Ueber intermittirende Hydronephrose.*** *Von Dr.* ***Kappe*** *in Pernau, Livland. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 4.)*

Verf. schildert einen von ihm beobachteten Fall dieser seltenen Erkrankung. Fräulein A. H., 38 J. ist bisher immer gesund gewesen. Vor 2 Jahren spürte sie zum ersten Mal dumpfen Schmerz in der Lebergegend, welcher ohne nachweisbare Ursache in unregelmässigen Intervallen von 2—6 Wochen auftrat und ohne weitere Medication bei ruhiger Lage stets verging. Seit dem Frühjahre 1888 kam es ihr so vor, als wachse ihr eine Geschwulst an der rechten Seite. Verf. fand unter der Leber einen 2faustgrossen Tumor in die Bauchhöhle vorragend. Derselbe ist quergestellt, gleichmässig abgerundet, prall hart und wenig druck-

16*



empfindlich. Urin klar, hell, ohne Eiweiss. Verfasser schickte die Patientin zur Consultation nach Dorpat zu Prof. *Dehio*. Dieser fand keinen Tumor vor und stellte die Diagnose auf Wanderniere mit Steinbildung oder Axendrehung. Letztere Annahme schien Verf. unzweifelhaft, als Patientin aus Dorpat zurückgekehrt, sich wiederum mit demselben Tumor vorstellte. Es handelte sich also um eine periodisch an- und abschwellende Geschwulst der Niere, die nur eine Hydronephrose sein konnte. Es gelang denn auch in der That nach $^1/_4$stündigem kräftigen Massiren zwischen beiden Händen den Tumor vollständig zum Schwinden zu bringen. Nach der Entleerung hatte Verf. das Gefühl eines leeren Sacks zwischen den Händen, während die Niere kaum herauszufühlen war und unter dem Rippenbogen verschwand. In der Harnblase, welche zuvor mit dem Katheter entleert worden war, sammelte sich unterdessen eine Menge klaren hellen Urins an. Dieser Fall bestätigt demnach die Beobachtung *Landau's* (Berl. klin. Wochschr. 1885. 47—49.), dass bei der intermittirenden Hydronephrose die Geschwulst Anfangs sehr leicht als solider Tumor imponiren kann. Es war Anfangs oft schwer, den harten Tumor zu erweichen, dann gelang die Entleerung oft plötzlich viel leichter und, wie es schien, besonders durch einen derartigen Handgriff, dass die linke Hand mit den gestreckten Fingern zwischen Darmbeinkamm und Geschwulst eindrang, dieses Ende derselben nach oben und innen drängend, während die rechte Hand das mediale Ende abwärts und entgegen drückte. Auch scheint in diesem Falle ebenso die Abknickung des Ureters, wie *Landau* als Regel annimmt, die Ursache der Urinstauung zu sein.

—*r*.

275. ***Seltene Symptome der Kohlenoxydvergiftung.*** *Von Prof. **Litten**. Aus dem Verein für innere Medic. in Berlin, Sitzg. vom 7. Jänner 1889. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 4.)*

Ein Ehepaar erlitt in der Nacht vom 16.—17. December vorigen Jahres eine schwere Kohlenoxydvergiftung. Während die Frau die Intoxication gut überstand, zeigten sich beim Manne, welcher 12 Stunden bewusstlos war, am 18. folgende Erscheinungen: Rechter Arm von den Fingern bis zur Schulter und weiter über diese hinaus die Weichtheile bis zur Wirbelsäule hin enorm geschwollen, teigig sulzig infiltrirt, nur am Oberarm ist ein Beutel von rein ödematöser Flüssigkeit. Der Arm ist circa 7 Cm. im Umfange stärker als der linke. In sämmtlichen Nerven des Arms bestand totale motorische Lähmung, so dass der Arm wie todt herabhing, ferner vervollkommenste Anästhesie und Erloschensein der elektrischen Erregbarkeit vom Muskel und Nerven aus. Die Schwellung nahm in den nächsten Tagen zuerst zu, dann aber ab. Auf dem Handrücken entstanden pemphigusartige Blasen, die bald wieder eintrockneten. Nach 20 Tagen bestand noch totale motorische Lähmung, etwas geringere Anästhesie und aufgehobene elektrische Erregbarkeit. Im Urin niemals Eiweiss oder Zucker. Ursache der Lähmung ist die Kohlenoxydvergiftung. Beobachtungen über Lähmungen einzelner Muskeln, Extremitäten und Körpertheile, namentlich Aphasie, Blasen- und Mastdarmlähmung nach Kohlenoxydvergiftung sind auch in der Literatur niedergelegt. Einen mit dem vorstehenden ähnlichen



Fall hat *Klebs* beschrieben; bei der Obduction fand sich eine Erweichung im rechten Linsenkern. Vortr. meint, dass in seinem Falle eine centrale umschriebene Blutung eventuell mit Erweichung vorhanden ist, und dass die Prognose nicht sehr günstig ist, da eine Resorption in den 20 Tagen des Bestehens nicht eingetreten ist. Elektricität dürfte theilweise Wiederherstellung der Function des Armes bewirken.

276. ***Tetanie bei Dilatatio Ventriculi und Achsendrehung des Magens.*** *Von* ***Fr. Mueller.*** *Aus der II. med. Klinik des Herrn Geh.-Rath Gerhardt in Berlin. (Charité-Annalen Bd. XIII. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 7.)*

Eine 44jährige Arbeiterfrau mit Ulcus Duodeni und Ectasia Ventriculi bekam nach anhaltendem starken Erbrechen mehrere Tage währende tonische Starre der Musculatur an den oberen und unteren Extremitäten. Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln ist erhöht, keine Sensibilitätsstörung bis auf mässige Hypalgesie. Gesichtsmuskeln frei beweglich. Dieser Anfall wiederholte sich aus gleicher Ursache nach einigen Wochen, complicirte sich nun aber plötzlich, als das Abdomen leicht percutirt wurde, mit klonischen Zuckungen der Extremitäten- und Gesichtsmusculatur; die Augen wurden starr, Athmung sistirte; Puls wurde unfühlbar. Vorübergehend geringe Besserung: Puls 160, Temperatur 39·7, Exit. let. $^3/_4$ Stunden nach Beginn des Anfalls. Eine 47jährige Frau wird in der Nacht von heftigen Leibschmerzen befallen und, seit dieser Zeit besteht unstillbares Erbrechen. Durch Ausspülungen wird der Zustand der Patientin gebessert. Unmittelbar nach einer solchen Entleerung des Magens klagt die Kranke über krampfhaftes Ziehen in den Händen, die Musculatur an den unteren Extremitäten fühlt sich angespannt und prall an. Die elektrische Erregbarkeit ist gesteigert: es fällt auf, dass nach Oeffnung des Stromes die Muskelcontraction nicht sofort verschwindet. Am nächsten Tage hat die Starre zugenommen (*Trousseau*'sches Phänomen), auch das Gesicht nimmt jetzt an der krampfartigen Contraction Theil; die directe mechanische Muskelerregbarkeit ist erhöht! Bei der Obduction findet sich ein Sanduhrmagen in Folge stark retrahirender Narben an der kleinen Curvatur. Zwischen der Magenstenose und der vorderen Bauchwand chronische Peritonitis. Verschluss des Duodenum in Folge von Achsendrehung und Verlängerung der zweiten Hälfte des Magens. In beiden Fällen hat *Mueller* grosse Mengen des Mageninhalts theils nach der gewöhnlichen Methode mittelst Aetherextraction, theils nach *Brieger's* Verfahren auf giftige Substanzen untersucht hat. Beide Male blieben die mit den Endproducten inficirten Thiere vollkommen gesund; auch Injection von Mageninhalt machte keine Erscheinungen. Dieser negative Befund spricht dafür, dass die Tetanie einen vom Magen ausgehenden Reflexvorgang darstelle, nicht aber durch Intoxication erzeugt werde.

277. ***Pathogenese und Behandlung der Hämoglobinurie.*** *Von Dr.* ***A. Robin.*** *(Gaz. méd. de Paris. 1888. 21. 22. — Centralbl. f. die gesammte Therapie. 1889. 3.)*

Nach *Robin* concurriren zwei Momente bei der Entstehung der Hämoglobinurie; das eine ist eine Ernährungsstörung, welche



die Vitalität und demzufolge die Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen herabsetzt, und das zweite eine Congestion der Niere, wie er dies in einem zur Nekroskopie gekommenen Fall nachgewiesen hat. Man muss demnach bei der Behandlung der Albuminurie die Ursache der Ernährungsstörung erforschen und dieselbe beheben; bei Syphilitikern wird man die specifische Behandlung einleiten, Anämischen Eisen und Tonica geben etc. Dann ist es von Wichtigkeit, den Kranken den Einflüssen, welche eine Nierencongestion hervorrufen können, zu entziehen. *Robin* fand in 40 Fällen als veranlassende Ursache derselben Erkältung 25 Mal, Märsche oder sonstige Anstrengungen 10 Mal, Märsche und Erkältung 1 Mal, Excesse in venere 1 Mal, Trauma in der Lendengegend 1 Mal, Abusus spirituosorum 1 Mal. Der Kranke muss sich demnach ruhig verhalten; er muss jede Erkältung vermeiden, Alkoholgenuss, eventuell während einer gewissen Zeit auch den Coitus. Auch die Nahrung des Kranken muss geregelt werden; Nahrungsmittel, welche Oxalsäure oder viele Extractivstoffe enthalten, müssen vermieden werden, ebenso diejenigen, welche eine specielle Wirkung auf die Nieren ausüben, wie Spargel, Gewürze, Thee, Kaffee und Bier. Während des Paroxysmus muss der Kranke das Bett hüten und sich auf Milchnahrung beschränken.

278. ***Beitrag zur Beurtheilung der nach heftigen Körpererschütterungen (bei Eisenbahnunfällen) auftretenden Störungen.*** *Von Dr.* ***Stepp,*** *Nürnberg. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 4.)*

Unter den Kennzeichen der an Hirn- und Rückenmarkserschütterungen sich anschliessenden Erkrankungen wurden abnorme Reizbarkeit, hypochondrische Stimmung, Schwindel, Kopf- und Kreuzschmerzen, Einengung des Gesichtsfeldes, sensorielle Anästhesie, Mobilitätsstörungen etc. bisher aufgeführt. Der Verfasser fügt diesen noch einige bisher noch nicht genannte Symptome hinzu. J. K., Wagenwärter, 46 Jahre alt, stürzt bei Entgleisung des Zuges mit dem Wagen einen Damm hinunter. Ohne äussere Wunden erlitten zu haben, tritt K. nach 14 Tagen unter Wohlbefinden den Dienst wieder an. Nach 5–6 Wochen beginnen Rücken- und Kopfschmerz, Ziehen in den Beinen, das rechte wird nachgeschleppt. Nach Ablauf eines Jahres tritt herdweises Ausfallen der Barthaare bis zum Ausfallen des gesammten Bartes auf; der spätere Nachwuchs war verkümmert, Flaum. Ebenso fielen zum Theil die Kopfhaare ganz aus, oder wurden grau, die Gesichtszüge wurden mager, faltig. — Ein anderer Patient, Locomotivheizer N. P., 38 Jahre alt, wurde bei einem Zusammenstoss rückwärts auf Oberschenkel, Rücken und Kopf geschleudert und blieb 15 Minuten bewusstlos. Nach 2—3 Wochen traten Kopf- und Kreuzschmerzen ein, Gang wurde breitspurig, langsam, Kopf und Wirbelsäule wurden auf Druck empfindlich, die Sprache langsam, Gedächtniss schwach. Nach 7—8 Monaten trat herdweises Ausfallen der Bart- und Kopfhaare ein, so dass in kurzer Zeit vollständige Kahlheit des Kinnes und Kopfes entstanden war, das Gesicht wurde innerhalb eines Jahres vom jugendlichen zum greisenhaft faltigen. Patient ging später an Tuberculose zu Grunde. — Ein 3. Fall betrifft den Oberconducteur



B. K., 50 Jahre alt, welcher bei einem Zusammenstoss auf seinem Sitze hin- und hergeschleudert und durch Trümmer eingeklemmt wurde, erlitt einen rechtsseitigen Rippenbruch. Nach 4 Wochen Klagen über Rücken- und Kreuzschmerzen, motorische Schwäche in beiden Beinen, nach 6—7 Monaten Auftreten von besonders heftigen Schmerzpunkten am Rücken, Gefäss, Oberschenkeln, Ober- und Unterarmen. Daselbst bohnengrosse, längliche, derbe, dicht unter der Haut gelegene Gebilde — 23 an Zahl — die bei Druck senkrecht auf die Haut schmerzen und ausstrahlen. Das Ausfallen der Haupt- und Barthaare, das Ergrauen derselben, auffallende Veränderung der Gesichtszüge kommen allerdings nach Schreck oder Träume wohl vor, sind also Folgen von heftigen psychischen Eindrücken, von Psychosen. In den vorliegenden Fällen aber legten die beiden ersten Patienten keinen besonders grossen Werth auf den Unfall, erst nach Monaten traten die einer Atrophie der cutanen Gebilde des Kopfes ähnliche Erscheinungen auf, hiezu die Kopf- und Rückenschmerzen, hinkender, breitspuriger Gang, deuten auf pathologische Veränderungen in den nervösen Centralorganen hin, ebenso im 2. Falle das Blasenleiden und ebenso im 3. Falle die zahlreichen Neurosen. Demnach hält Verfasser im Gegensatze zu anderen Autoren, Erkrankungen von Seiten der nervösen Centralorgane in Folge eines Traumas (Erschütterung) stets für eine wirkliche Organerkrankung und nicht nur für traumatische Psychosen, Neurosen und Neurasthenie. *Hausmann,* Meran.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

279. ***Ueber die Anwendung des faradischen Stromes bei Behandlung des Icterus catarrhalis.*** *Von Dr. E. Kraus, Wien. (Archiv f. Kinderheilkunde. X. Band, Nr. III, IV.)*

Nach der schon früher von *Gerhardt* (Sammlung klin. Vorträge von *Volkmann.* Nr. 17, 1871) vorgeschlagenen Behandlungsweise des Icterus catarrhalis hat Verf. 17 Fälle mittelst Faradisation der Gallenblase behandelt und nach 5—6 Sitzungen in allen Fällen die befriedigendsten Resultate erzielt. Er applicirte die eine Electrode eines grobschlägigen Inductionsstromes in der Gallenblasengegend, die andere horizontal gegenüber rechts neben der Wirbelsäule *(Gerhardt)* oder er fasste mit einer Hand die beiden feuchten Electroden und setzte sie auf die Gallenblasengegend auf bei Verwendung von Stromstärken, die eine Contractur der Bauchmusculatur bewirken. Aeltere Kinder lassen sich die Procedur leicht gefallen, jüngere Kinder müssen allerdings von einer Pflegerin gehalten werden. Nachtheilige Wirkung wurde in keinem Falle beobachtet. Die Faradisation wurde täglich einmal in der Dauer von 5 Minuten angewendet. Die Diät bestand in Milch und Suppe, jedoch wirkte die Faradisation auch bei Nichteinhaltung der restringirten Diät. Verf. erklärt die Wirkung des faradischen Stromes durch die mittelst der Elektricität bewirkte tetanische Verkürzung der glatten Muskelfasern



der Gallenblase, durch welche eine Verkleinerung dieses Organes oder eine vermehrte Peristaltik desselben bis zur Entleerung seines Contentums herbeigeführt wird.

Dr. Steigenberger, Budapest.

280. ***Glycerine injections in the diarrhoea and prolapse of children.*** *By Dr.* **George Rice** *in London. (The Practitioner. December 1888.)*

In vorliegender Mittheilung lenkt der Autor die Aufmerksamkeit auf die äusserst günstige Wirkung der Glycerinklystiere bei Diarrhoen und Prolapsus des Rectum bei Kindern. Aus den mitgetheilten Krankengeschichten ist zu entnehmen, dass das Glycerin selbst in den schwersten und prolongirten Diarrhoen mit Schmerzen, blutigen Stühlen, mit Prolaps gepaart, sicher und rasch wirkt, und dass die bereits stark herabgekommenen Kinder sich sehr bald erholen, und an Körpergewicht zunehmen. Diese günstige Wirkung zeigt auch das Glycerin bei Diarrhöen, die bei Kindern in fieberhaften Krankheiten aufzutreten pflegen, wie bei Pneumonie etc. Es genügen 1—2—3 Klystiere von 6 bis 10 Grm. um die Diarrhöe zu stillen. Eine Erklärung für diese bisher nicht gekannte Wirkung des Glycerin kann der Autor nicht geben, und glaubt nur, dass Constipation und Diarrhöe durch dieselben Ursachen begründet sein dürften.

Dr. *Sterk*, Wien—Marienbad.

281. ***Untersuchungen über die Wirkung des Fluornatriums und der Flusssäure.*** *Von Prof. Dr.* **Hugo Schulz.** *Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Greifswald. (Arch. für experiment. Pathologie und Pharmakologie. Bd. XXV.)*

Die in jüngster Zeit empfohlene und auch versuchte Benützung der Flusswasserstoffsäure gegen die Tuberculose der Respirationsorgane regte den Verf. zu pharmakologischen Studien über die Flusssäure und über Fluornatrium an. Solche waren bisher nur von *Rabuteau* (1867) ausgeführt. *Schulz* liess gemeinsam mit *W. Müller* zunächst das Fluornatrium auf Warmbluter einwirken. 0·5—0·2 Gr. Fluornatrium, per os aufgenommen, erregten bei Hunden bald Erbrechen, mit dem der grösste Theil des Salzes wieder ausgeschieden wurde, ohne dass sich weitere Symptome entwickelten. 0·2—0·4 Gr. subcutan applicirt wirkten bei Kaninchen tödtlich, Hunde starben nach Dosen über 0·3 Gr. Die Wirkungssymptome sind bei Hunden und Kaninchen im Grossen und Ganzen dieselben, die auftretenden Verschiedenheiten hängen von der Grösse der Dosis und der specifischen Eigenart der Thiere ab. Unter dem Bilde der zunehmenden Benommenheit entwickeln sich Zuckungen der oberflächlichen Musculatur des Rückens und des Kopfes. Daraus kann sich ein allgemeines, auch die Extremitäten ergreifendes Zittern des Körpers herausbilden. Dann erfolgt zunehmende Bewegungsbeschränkung, zunächst der vorderen Extremitäten mit der Unfähigkeit, das Gleichgewicht zu erhalten. Auch beim Liegen wackelt der Körper hin und her. Die Athmung wird erschwert bis zur völligen Dyspnoe, klonisch-tonische Krämpfe können sich entwickeln und es folgt auf sie der Tod meist rasch. Salivation und, bei Hunden, Brechneigung wurde fast constant beobachtet, die Diurese erschien in einigen

Fällen vermehrt. Das Herz hielt bis zuletzt aus. Die Sectionsergebnisse waren: Hyperämie der abdominellen Organe, beginnende Nephritis mit eiweisshaltigem Harn, mehr oder weniger ausgesprochene, catarrhalische Erscheinungen an der Magen- und Darmschleimhaut mit beschränktem Blutergusse in die Gewebe hinein. Die Lungen zeigten in keinem Falle eine gröbere Veränderung, ebensowenig die Bronchialschleimhaut. Auffallend erschien in einzelnen Fällen die ausgeprägte Todtenstarre. Durch den Harn wird das Fluor, an Alkali gebunden, wieder ausgeschieden. Hingegen ist das Fluornatrium chronisch in kleineren Gaben applicirt, nicht wohl im Stande, gröbere Veränderungen in den Geweben hervorzurufen. Einer der Hunde erhielt 17 Tage hindurch täglich 0·6 Gr. Fluornatrium per os, ohne Krankheitssymptome zu zeigen. Die Dämpfe von Flusssäure konnten von Katzen tagelang ohne Nachtheile eingeathmet werden, selbst in einer Menge, dass die mit ihr imprägnirte Luft Aetzerscheinungen auf Glas bewirkt. Doch trat eine eigenthümliche Schläfrigkeit und Unfähigkeit auf, das Gleichgewicht zu erhalten, deren Ursache nur in der Wirkung des Fluors auf bestimmte Theile des Gehirns liegen kann. Diese Erscheinungen, welche an Kaltblütern noch auffallender waren, erinnern an das von *Binz* constatirte ähnliche Verhalten von Chlor, Brom und Jod auf das Centralnervensystem. *Schulz* gelangt zu dem Schlusse, dass auch das Fluor in Berührung mit den lebenden Elementen der Gewebe, an die es als Alkalifluorid mit dem Blute herantritt, momentan in Freiheit gesetzt, seine specifische Wirkung entfaltet und der Einwirkung der lebenden Zellen und der hohen Kohlensäurespannung innerhalb der Gewebe wieder entzogen, mit dem Salze wieder als Fluoralkali ausgeschieden wird. Fluor wirkt, subcutan als Natriumsalz eingeführt, deutlich auf das centrale Nervensystem ein. Die Wirkung zeigt sich in Lähmungszuständen des Gehirns und des Rückenmarks und geht von dort aus auf die peripheren Nerven über. Die vom Rückenmark nach der Peripherie hin ausstrahlende Action zeigt sich zunächst in einer eigenartigen Erregung der quergestreiften Musculatur, gekennzeichnet durch Zittern und stärkere Zuckungen einzelner oder mehrerer Muskelgruppen. Das Ende der Fluorwirkung ist Muskellähmung mit, besonders bei Kaltblütern, sehr deutlicher Starre der Muskelsubstanz selbst. Die im Verlaufe der Fluorwirkung sich entwickelnde Dyspnoe ist wahrscheinlich auf die eben geschilderte Muskelaffection zurückzuführen, die auch die Respirationsmuskeln nicht verschont. Charakteristisch ist ferner die profuse Speichelentleerung. Die übrigen Drüsen ergaben, mit Ausnahme der Nieren, keine direct in's Auge fallenden Veränderungen. Die bei ihnen, wie auch allen anderen abdominellen Organen, sichtbare Hyperämie gibt einen Erklärungsgrund für das Auftreten von Eiweiss im Harn, vielleicht handelt es sich auch um eine specifische Reizwirkung auf das Nierenparenchym selbst. Das Herz schlägt beim Warmblüter noch, wenn der Tod bereits eingetreten zu sein scheint. Gefässrupturen und die ihnen entsprechenden Blutergüsse in die Schleimhaut des Magens, sowie in das Lungengewebe hinein wurden nicht constant beobachtet.

—*sch.*

282. ***Beitrag zur Frage über die Wirkung des Ol. terebint. rect. beim idiopathischen Croup.*** *Von Dr.* ***M. Lewentaner.*** *(Centralbl. f. klin. Med. 1880. 8.)*

Lewentaner theilt neue Erfolge seiner im Jahre 1887 mitgetheilten Behandlungsweise des Croup mit (s. Rundschau 1887). Das Terpentinöl muss als reizendes und auf Schleimhäuten die Schleimabsonderung günstig beförderndes Mittel angesehen werden, weshalb nach jedesmaligem Verabreichen desselben die Membranen und der zähe Schleim sich leichter verflüssigen, sich von ihrer Unterlage abheben und ausgehustet werden. Verf., der zu einem zweijährigen Knaben am siebenten Tage der Erkrankung gerufen wurde, fand alle Erscheinungen einer hochgradigen Larynxstenose vor und es drohte das asphyctische Stadium einzutreten. Er administrirte sofort einen vollen Kaffeelöffel Ol. terebint. rect. und liess mit Eis gefüllte, respective in Eiswasser getauchte Compressen um den Hals schlagen. Nachts beruhigte sich das Kind etwas und schlief einige Stunden hindurch. In der Frühe, als der Zustand bedeutend gebessert schien, verabfolgte Verf. noch einen Kaffeelöffel voll von dem Ol. terebint. rect. Aeusserer Umstände wegen konnte man hier keine desinficirenden Zerstäubungen, respective Inhalationen unternehmen. Am anderen Morgen lag schon die Croupmembran vor. Es wurde folgende Medication fortgesetzt.

Rp.: Ol. terebint. rect. 4·0
Ol. amygd. dulc. 10·0
Syrup. simpl. 20·0
Muc. gm. ar. 40·0
Vitel. ov. un. 15·0
Aq. Cinnam. 50·0

MDS. 2stündlich 1 Kaffeelöffel zu nehmen.

Das Kind erholte sich vollständig. In einem zweiten Falle (vierjähriger Knabe) verordnete *Lewentaner* ebenfalls sofort einen Kaffeelöffel Ol. terebint. rect. und zum Zerstäuben, respective Inhaliren folgende Solution:

Rp.: Ol. terebint.,
Tct. Eucal. glob.
Acid. carbol. āā 4·0
Alcohol. 300·0
Aq. dest. ad 1000·0

MDS. Tag und Nacht ununterbrochen zu zerstäuben.

Sofort nach Eingabe des Terpentinöls stellte sich ein heftiger Hustenreiz ein und nach einiger Zeit erfolgte die Expectoration massenhafter schleimig-eitriger Sputa, untermischt mit grauweissen Croupmembranen, die einen genauen Abguss der Trachea darstellten. Die Membranen haben eine Länge von 7 bis 9 Cm. Da die Membranen, obschon leichter expectorirt, noch fortwährend sich bildeten, so wurde am folgenden Tag Morgens und Abends je ein Kaffeelöffel voll Ol. terebint. rect. gereicht. Das Kind athmet hierauf sehr gut, wird munter, nimmt Wein und Speisen zu sich, schläft — nur bei Hustenstössen aufwachend — die ganze Nacht hindurch. Am dritten Tag Morgens wurde noch ein vierter Kaffeelöffel Ol. terebint. ohne jedweden Schaden gereicht. Auch dieses Kind erholte sich völlig. —*sch.*

283. ***Zur Therapie der Lungentuberculose.*** *Von S. Martell in Ober-Ingelheim. (Wr. med. Wochenschr. 1889. 2.)*

Verf. bringt eine Methode der Inhalation zur Kenntniss, welche er seit 3 Jahren mit den besten Erfolgen bei Lungentuberculose ausübt. Inhalationen, bei denen die zerstäubten Wasserpartikelchen das Medicationsvehikel bilden, sind nach Verf. bei den tuberculösen Processen, welche in den feinsten Verästelungen der Bronchien beginnen, in ihrer Anwendung verfehlt, weil die in feinsten Nebelstaub umgesetzten Wasserpartikelchen schon in den oberen Luftwegen sich zu grösseren Tropfen condensiren und den nachfolgenden wässerigen Staubtheilchen den Weg zu den Krankheitsherden verlegen. Nachdem von dem Sublimat in neuester Zeit nachgewiesen ist, dass es selbst in Lösungen von $^1/_{20000}$ im Stande ist, den Tuberkelbacillus zu tödten, wäre dieses das einzige Medicament, von dem man sich bei seiner Anwendung in Form von Inhalationen etwas versprechen könnte. Indess beim lebenden Organismus sind solche Lösungen nicht ausreichend, weil die den Bacillus umgebenden Eiweiss- und Zellschichten denselben vor der antiseptischen Wirkung des Sublimates bewahren, während stärkere Lösungen der Organismus, der vielen Intoxicationserscheinungen wegen, bei dem nothwendigerweise längeren Gebrauche, nicht verträgt. Nun hat sich seit dem Jahre 1884 als sehr brauchbares Präparat in der Therapie des Ulcus molle bekanntlich das Calomel erwiesen, und ist dasselbe auch vielfach gegen die secundären Symptome der Syphilis in Form der subcutanen Injectionen mit gutem Erfolge verwendet worden. Die günstigen Erfolge der Calomeltherapie beim Ulcus scrophulosum corneae und bei der Syphilis veranlassten den Verf., das Calomel bei dem der Syphilis ähnlichen Processe der Tuberculose, in Verwendung zu bringen, und zwar wendet Verf. das Calomel in Form der Inhalation an, er bedient sich bei seiner Methode des *Rabierske*'schen Sprays, dem er einige Aenderungen gegeben hat: 1. Muss der Ballon einen Durchmesser von 9 Cm. zur Erzeugung einer starken Druckkraft haben; 2. muss am Spray ein gebogenes, an der Spitze mit einer Olive versehenes Guttapercharöhrchen angebracht werden. Dieses Rohr wird dem Kranken etwa 5 Cm. bis zum Zungengrunde eingeführt und derselbe angewiesen, den Mund fest zu schliessen. Da die Athmung nasalwärts ausgeführt werden muss, so erhält die der kranken Lungenhemisphäre zugehörige Nasenöffnung einen conisch durchbohrten Gummipfropfen, weil sonst bei forcirter Athmung der Nasenflügel die Neigung zeigen würde, unter dem Drucke der atmosphärischen Luft die Nasenöffnung ventilartig zu schliessen. Um aber eine Ueberführung nach der gesunden Lungenhälfte zu vermeiden, sind nach Verf. 2 Verhältnisse zu berücksichtigen: 1. Die der gesunden Lungenhemisphäre zugehörige Nasenöffnung wird von dem Arzte mittelst Fingerdruckes geschlossen. 2. Die gesunde Lunge muss in einem Zustand möglichster Inactivität versetzt werden, was dadurch geschieht, dass der Kranke eine nach der gesunden Seite möglichst lateralwärts flectirte Stellung einnimmt. Die Behandlung geschieht am besten in horizontaler Rückenlage im Bett. Durch Druck auf den Ballon muss der Inspirationsact naturgemäss eine Verstärkung erfahren, und das in dem Spray enthaltene



Pulver wird nunmehr durch die Inspirationscapacität einer Lungenhemisphäre und durch die Druckkraft des Ballons in die Lungen transportirt. Es liegt auf der Hand, dass ein Theil des einzuverleibenden Medicamentes an die hintere Rachenwand anprallen und hier zurückgehalten werden muss. Eine weitere Schwierigkeit bietet die Lage der Stimmbänder, welche das Pulver, bevor es nach unten gelangt, passiren muss. Es wird daher für gewöhnlich von dem verwendeten Pulver nur ein kleiner Bruchtheil nach den unterwärts gelegenen Abschnitten gelangen. Um dieses Anprallen thunlichst zu vermeiden, soll daher der Kopf des Patienten in möglichst rückwärts gebeugter Stellung verharren, weil so der durch die Mundhöhle und den Kehlkopf bei verticaler Haltung des Kopfes gebildete rechte Winkel in einen flachen umgewandelt wird. Damit ferner das Pulver nicht auf den Stimmbändern und zwischen den Taschenbändern verweilen kann, muss ein forcirter Inspirationsact vor sich gehen. Um diese Aufgabe zweckentsprechend zu lösen, sind nach Verf. methodische Athemübungen geboten, welche der Kranke möglichst häufig am Tage vorzunehmen hat. Dieselben sind in 3 Tempi auszuführen: Auf Tempus I erfolgt die tiefste Inspiration, bei welcher der der kranken Lungenhemisphäre zugehörende Arm möglichst isochron der Inspiration zur Mediallinie parallel des Körpers erhoben werden muss. Die Inspection zeigt vollkommen abdominelle Athmung. Das Tempus II umfasst die Athmungspause, in welcher der Patient in der eben beschriebenen Stellung verharren muss. Sie ist deshalb geboten, weil den etwa noch in Bewegung befindlichen Calomelpartikelchen Gelegenheit gegeben wird, sich zu senken und der Bronchialschleimhaut anzuhaften. Vor Allem aber ist darauf zu achten, dass durch die fortgesetzte Athemmethodik der Inspirationsact von Tag zu Tag sich verlängert, weil so der intrapulmonale Druck eine Steigerung erfährt. Eine nicht unwesentliche Unterstützung wird nach erfolgter Inspiration durch mit dem Kehlkopfe und den Stimmbändern vorgenommene phonatorische Uebungen erzielt unter gleichzeitigem Anlautiren der Vocale ä und o. Auf Tempus III erfolgt die Exspiration. Dieselbe hat allmälig und nicht stossweise zu erfolgen, damit nicht ein Theil des inspirirten Pulvers gegen die Stimmbänder zurückgeschleudert wird und so zu Hustenstössen Veranlassung geben kann. Der elevirte Arm ist langsam zu senken, um eine Zerreissung etwa vorhandener pleuraler Adhäsionen zu vermeiden, die möglicherweise eine Lungenblutung herbeiführen könnten. Nachdem in dieser Weise die Patienten 8 Tage hindurch Athemmethodik getrieben haben, erfolgt die Behandlung. Es hat sich nun herausgestellt, dass bei der Einführung des obenerwähnten Röhrchens in den Mund eine Anzahl von Patienten Brechneigung zeigte. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, empfiehlt es sich nach Verf. vor Beginn der Behandlung täglich die hintere Rachenwand mit kaltem Wasser ausspülen zu lassen und dieselbe öfters des Tages mit der Olive des Röhrchens zu touchiren.

284. ***Das Kochsalz bei Diphtherie.*** *Von Dr. **A. Seibert.** Ein therapeutischer Vorschlag. (New-Yorker Med. Monatsschr. 1889. 1. Heft.)*

Kochsalzlösungen werden zur Nasen- und Rachenreinigung schon lange gebraucht, sind aber nicht stark genug, um selbst

prophylactisch von wirklichem Werth zu sein. Verf. kam daher auf den Gedanken, das Salz bei der Diphtherie ebenso zu benützen, wie es beim Fleischpökeln und Sauerkrauteinmachen angewandt wird. Seit Anfangs Juli 1888 hat er jeden Fall von Diphtherie folgendermassen behandelt: Sofort bei der ersten Visite führt Verf. eine dicke Lage feines Kochsalz auf dem angefeuchteten Rücken eines abgerundeten kleinen Esslöffelstieles über die Zunge bis zwischen die Tonsillen, dann dreht er den Löffel nach rechts oder links, so dass die Kanten nun nach oben und unten stehen, und drückt so das Salz auf die diphtheritische Stelle und ihre Umgebung. Man kann den Löffel und das Salz so leicht eine ganze Minute in situ halten. Beim Zurückziehen des Löffels bleibt das Salz an der Tonsille hängen. Nachdem der Löffelstiel mit einer neuen Lage Salz bedeckt ist, wiederholt man dieselbe Procedur auf der anderen Seite. Erst nachdem einige Salzpartikelchen in die Nähe des Kelchdeckels gefallen sind, entsteht Hustenreiz und in seltenen Fällen (bei empfindlichen Pat.) auch Würgen und Erbrechen. In den meisten Fällen vertragen Kinder diese Salzapplication sehr gut. Bei dem nachfolgenden Räuspern und Husten sah *Seibert* häufig Membranen abfallen, was ihn sofort veranlasste, auf die offene Geschwürsfläche eine neue Salzapplication zu machen. Das Salz dringt sehr schnell in die diphteritische Membran, in den Geschwürsgrund und durch die intacte Schleimhaut in die Tiefe der infiltrirten und noch gesunden Umgebung! Wo es hingelangt, muss es seine antiseptische Wirkung entfalten. Meist schon kurze Zeit nach der ersten Application verringern sich Fieber und Schmerz wesentlich, und dementsprechend findet man bei der nächsten Visite (nach sechs Stunden) gewöhnlich die Schwellung der Theile geringer und namentlich blasser als vorher, während das subjective Wohlbefinden sich wesentlich gebessert hat. Hat sich die Membran auch noch nicht abgestossen, so ist dieselbe doch nicht grösser und bleibt so localisirt, da die zweimal täglich vorgenommene Salzauftragung die Umgebung der erkrankten Partie so „einpökelt“, dass die Pilze und Coccen nicht Fuss fassen können und andererseits werden die schon in den Gewebsmaschen, Lymph- und Blutbahnen sich eingenisteten Krankheitskeime durch das Salz einfach unschädlich gemacht.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

285. ***Resorcin bei Keloiden.*** *Von Dr.* ***J. Andeer.*** *(Ctrlbl. f. d. medicin. Wissensch. 1888. 20. Oct.)*

Auf einer Ferienreise nach der Schweiz wurde *Andeer* von einer Frau wegen eines kranken Fusses, der ungeachtet aller bislang angewendeten Heilungsmethoden schmerzhaft geblieben war, zu Rathe gezogen. Der rechte Fuss war auf $^2/_3$ seiner Rückenfläche von einem unregelmässigen, theilweise sternartig geformten narbenähnlichen Gewebe en demirelief überzogen. Besonders bei starker Bettwärme, an heissen Sommertagen oder bei eintretendem Witterungswechsel steigerten sich die Schmerz-



anfälle des Keloïdes en cuirasse beinahe bis zur Unerträglichkeit. In Ermanglung passender medicinischer Präparate bereitete *Andeer* in diesem Falle mit frischer Butter eine einprocentige Resorcinsalbe ad hoc, bestrich die ganze Keloïdfläche des Fusses mit derselben und verband denselben passend. Schon nach mehrtägiger Anwendung der erwähnten Salbe hatten die ehedem so lästigen Beschwerden und Schmerzen zum grössten Theile nachgelassen. Als von nun an zur Abwechslung und auch Versuches halber frisch von der Verbandstofffabrik angekommene Resorcincacaoblätter, ebenfalls einprocentig, noch einige Zeit hindurch angewendet worden waren, verschwanden alle Beschwerden des Keloïds vollständig und zwar nach Aussage der Kranken auf immer. Solche günstige Wirkungen und Heilerfolge des Resorcins bei Keloïden beobachtete auch *v. Nussbaum.*

286. ***Ueber die veralteten, schlecht geheilten Kniescheibenbrüche.*** *Von* ***P. Bruns.*** *(Beiträge z. Chirurg. Bd. III. Heft 2. St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 6.)*

Der Begriff der schlecht geheilten Patellarbrüche (i. e. mit beträchtlicher Functionsstörung) wird nach *Bruns* nicht etwa durch die Länge der Zwischensubstanz bestimmt, da nicht wenige Fälle bei 8—12 Cm. Diastase gute Function boten, auch nicht durch Atrophie des Quadriceps, die doch nur eine secundäre Erscheinung sei; dieser Begriff besteht vielmehr im Ausbleiben einer fibrösen Verwachsung der Fragmente, respective in der Verwachsung des oberen Fragmentes mit dem Femur. Gelegentlich können beide Momente zusammentreffen. Diese Behauptung wird durch 3 eigene Fälle unterstützt, von denen 2 durch Eröffnung und Naht vollständig geheilt, 1 (68jähriger Mann) nur untersucht wurde. Das Ausbleiben einer Vereinigung kann durch Dislocation der Fragmente (die Bruchflächen liegen sich nicht gegenüber) oder durch Interposition des aponeurotischen Ueberzugs bedingt werden, während es andererseits nach Rupturen von ligamentös geheilten Kniescheibenbrüchen sehr häufig ist. Bei Mangel der Zwischensubstanz kommt es darauf an, wie weit die seitlich von der Patella gelegenen Theile von Kapsel und Aponeurose verletzt waren, da dieselben bei Streckbewegung vicariirend eintreten können. In dem 1. Falle von Verwachsung des oberen Fragmentes mit dem Femur war ersteres mit seiner Bruchfläche zu letzterem gekehrt. Im Ganzen hat *Bruns* unter 25 respectiven Fällen 23mal den Hinweis auf die obengenannten Ursachen der Functionsstörung gefunden. Auf Grund des Gesagten wendet sich Verf. gegen die Methode von *Metzger* in Amsterdam, da dieselbe gar keine Coaptation der Fragmente bezweckt.

287. ***Zur Kenntniss der Osteomalacie.*** *Von Dr.* ***Kobler.*** *Aus Prof. v. Schrötter's Abtheilung. (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 22. — Centralbl. f. Chirurg. 1889. 8.).*

Fall von nicht puerperaler, sogenannter rheumatischer Osteomalacie mit hochgradigen Veränderungen an fast sämmtlichen Knochen. Der Fall betraf eine 28jährige Näherin, die nie schwanger gewesen. Als ätiologisches Moment könnten nur schlechte Nahrung und feuchte Wohnung herangezogen werden. Aus dem Sectionsbefunde ist besonders hervorzuheben, dass auch



die Schädelknochen in sehr hervorragender Weise an der Erkrankung Theil nahmen. Eine vom Verf. im Laboratorium *E. Ludwig's* vorgenommene Untersuchung der Blutasche ergab als bemerkenswertheste Momente eine beträchtliche Vermehrung der Schwefelsäure und eine Verringerung des Natron auf weniger als die Hälfte im Vergleiche zu den von *Jarisch* gefundenen Mittelzahlen für die Blutasche normaler Individuen.

288. ***Fall von primärem Epithelialcarcinom des harten Gaumens.*** *Von Dr. **Kronacher**. Aerztl. Verein, München. Sitzung vom 21. November 1888. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 9.)*

Nach eingehender Besprechung der am harten Gaumen vorkommenden Erkrankungen wird auf die Seltenheit der primär entstehenden, bösartigen Neubildungen, besonders des Carcinoms hingewiesen, welches fast stets secundärer Art, meist fortgesetzt vom Oberkiefer her, ist. Primäre Carcinome des harten Gaumens sind selten. Verf. theilt einen solchen Fall mit, der einen 53 Jahre alten Mann betraf, welcher seit 3 Jahren daran erkrankt ist. Die Krankheit begann mit einem Zahnabscess am harten Gaumen linkerseits, der sich öffnete, vom Pat. anfangs wenig beachtet, verschiedenen mechanischen Insulten ausgesetzt wurde. Das Geschwür wurde grösser, härter, die Affection nahm einen carcinomatösen Charakter an. Nach mehreren operativen Eingriffen heilte die Affection nach 14monatlichem Bestand mit Hinterlassung einer erbsengrossen, in die Nasenhöhle führenden Fistel aus, welche durch einen Obturator gut verschlossen wird. Mehrere Monate nach der Ausheilung entwickelte sich ein linksseitiger, submaxillarer Lymphdrüsentumor, der zur Zeit ohne Beschwerden nahezu hühnereigross besteht. Sowohl im Anfange der Erkrankung, als noch bis heute traten theils circumscripte, theils diffuse Epithelwucherungen um die afficirten Partien herum auf — Leukoplakia seu Psoriasis —. Prognostisch werden dieselben vielfach als Vorläufer des Recidivs gedeutet. Differentialdiagnostisch kam, besonders im Anfang, der gummöse Ursprung dieser Erkrankung stark in Erwägung. Der mikroskopische Befund zeigt das unverkennbare Bild des Epithelialkrebses.

289. ***Ein Fall von Intussusception des Coecums, des aufsteigenden und Quercolons; Heilung durch Laparotomie.*** *Von **A. Barker**. (Lancet. — Jahrbuch f. Kinderheilkunde etc. 1889.)*

Der 4jährige Knabe hatte seit 28 Stunden keinen Stuhlgang mehr gehabt, klagte über heftige Schmerzen im Abdomen und verlor seit etwa 12 Stunden in kleinen Zwischenräumen Blut aus dem After; in der linken Fossa iliaca ein deutlicher Tumor zu fühlen; da eine Wasserinfusion in's Rectum ohne Erfolg blieb, wurde 5 Stunden nach der Aufnahme in's Spital zur Operation geschritten. Dieselbe ging rasch und ohne Zwischenfall mit Einschluss des Verbandes in 35 Minuten von statten; die invaginirten Partien waren stark hyperämisch und zeigten submucöse Hämorrhagien. Reconvalescenz ohne Zwischenfall; Kind nach 22 Tagen geheilt entlassen. *Barker* legt grosse Wichtigkeit darauf, die Invagination womöglich intra abdomen zu lösen, und zwar in der Weise, dass er am invaginirenden Theil mit einer Hand von



unten her zieht und dabei mit der andern den invaginirten knetet, wodurch Congestion und Oedem in dem letzteren vermindert werden sollen. Im Anschluss daran empfiehlt *Barker* möglichst rasche Operation, wenn andere Mittel nicht rasch wirken, bevor noch Strangulation eingetreten und der Patient soweit erschöpft ist, dass er den Eingriff nicht mehr aushalten kann.

290. ***Behandlung des eingewachsenen Nagels mit Stanniol.*** *Von Dr.* **Theodor Clemens**, *Frankfurt a. M. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 16. — Wr. klin. Wochenschr. 1889. 8.)*

Der ganze Nagel wird, nach vorhergegangener Reinigung, durch ein Seifenbad und guter Abtrocknung mit einer Stanniolblattfolie glatt umgeschlagen. In die Seite, wo der Nagel eingewachsen war, wird gleichfalls ein dünner Stanniolstreifen gedrückt. Der Stanniol wird durch eine dünne Schicht von gelbem Wachs in seiner Lage erhalten, und es ist darauf zu achten, dass immer an allen Stellen, wo der Nagel das Fleisch lose berührt, eine Stanniolfolie dazwischen liegt. Diese Plombirung des eingewachsenen Nagels war in den von *Clemens* ambulatorisch behandelten Fällen während der ersten Zeit der Behandlung in acht bis zehn Tagen höchstens dreimal nothwendig. Fussbäder wurden dabei verboten, nur eine Abreibung der Füsse mit trockenem Weizenklee wurde gestattet. Die günstige Wirkung des Stanniols in diesem Falle ist nicht blos mechanisch, sondern es soll auch eine heilsame Wirkung des Metalles auf die kranken Stellen mit im Spiele sein.

291. ***Elektrolyse statt der schneidenden Instrumente bei in der Tiefe gelegenen Organen.*** *Von* **J. A. Fort.** *(Bull. génér. de thér. 1888. 44. — Deutsche med. Ztg. 1889. 15.)*

Mit seinem linearen Urethro-Elektrolyseur, einer dünnen, aber nicht schneidenden Platinplatte, welche die eine Elektrode einer constanten Batterie bildet, während die andere Elektrode auf den Oberschenkel gesetzt wird, konnte *Fort* Stricturen der Urethra in einer Sitzung von Nr. 4 auf Nr. 20 Weite bringen, ohne dass ein Tropfen Blut floss, indem einfach die Elektrode moleculär zerstörend durch die chemische Wirkung der Säule wirkte. In ähnlicher Weise ging er bei Verengerungen der Harnröhre durch vergrösserte Prostata vor, indem er die Kante der Platte auf die Convexität der mit Catheterkrümmung versehenen Elektrode brachte. Man kann diese Wirkung der Elektrolyse auch zur Behandlung der Oesophagus- und Cervixstricturen verwenden. Man würde auf eine 5—6 Mm. dicke Schlundsonde eine 7—8 Mm. hohe Platinplatte anbringen, die mit der Batterie in leitender Verbindung steht. Man würde so auf einen Punkt der narbigen Strictur wirken, und in einer Sitzung von wenigen Minuten würde die nicht schmerzhafte Operation beendigt sein. Man könnte die Sitzung wiederholen und so an verschiedenen Stellen die Strictur des Oesophagus zerstören. In dieser Weise hat Dr. *Souligoux*-Vichy eine Oesophagusstrictur mit dem Oesophago-Elektrolyseur behandelt. In ähnlicher Weise wendet man den Utero-Elektrolyseur bei Verengerungen des Cervix an. Auch hier ist die Operation nicht schmerzhaft.

292. *Ueber die Enucleation submucöser oder intraparietaler Myome von der Bauchhöhle aus. Martin-sche Operation, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und operativen Behandlung verjauchter Uterusmyome.* *Von* **Ernst Fränkel** *in Breslau. (Archiv f. Gynäk. Bd. XXXIII, H. 3, pag. 449.)*

Fränkel theilt zwei Fälle verjauchter Uterusmyome mit, bei denen er die Laparotomie vornahm und das Neugebilde ausschälte. Der erste Fall betraf eine 28jährige Virgo mit enger Vagina, welche nicht fieberte und ein über mannskopfgrosses Fibrom trug, welches bereits theilweise in die Vagina hineingeboren und in seinen abhängigsten Partien verjaucht war. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde der Uterus hervorgewälzt, die Bauchwunde vorläufig durch Nähte geschlossen und hierauf der Uterus median gespalten, ohne früher eine elastische Umschnürung des Cervix vorzunehmen. Der der hinteren und linken Uteruswand, sowie dem Fundus und dem oberen Theile der Vorderwand aufsitzende Tumor wurde ausgeschält, hierauf die Uterushöhle gehörig desinficirt und schliesslich vernäht, wie bei einem Kaiserschnitte (i. e. Muskelnaht ohne Mitfassen der Mucosa und Peritonealnaht). Die Kranke genas, nachdem sie eine Thrombose der linken Vena saphena, Diarrhöen u. d. m. überstanden, doch blieb eine Uterusbauchfistel zurück, die sich erst nach einigen Wochen schloss. Nach $4^1/_2$ Monaten trat die erste Menstruation wieder ein. Der 2. Fall glich so ziemlich dem 1., nur mit dem Unterschiede, dass die Kranke stark fieberte. Da sich im 1. Falle eine Uterusbauchfistel gebildet hatte, so beschloss *Fränkel* nach Enucleation des Tumors nach *Albert-Breisky* den Muskelmantel des Myoms direct in die Bauchwunde einzunähen, um eine bessere Desinfection erzielen zu können. Da der theilweise in die Vagina hineingeborene Tumor fixirt war und sich der Uterus nicht emporheben und lüften liess, rann ein Theil der Jauche in die Bauchhöhle. In Folge der Unbeweglichkeit des Uterus konnte die Cervix nicht mit dem Gummischlauche umschnürt werden. Die Kranke ging den 2. Tag post operationem an Sepsis zu Grunde. Anknüpfend an diese 2 Fälle theilt *Fränkel* seine Ansichten über das operative Vorgehen bei verjauchten Myomen mit. Von der Vagina aus darf man nur bei hinreichend weiter und hinreichend erweitertem Muttermunde operiren und nur dann, wenn der Tumor nicht über kindskopfgross ist, wenn der Cervix vorausgeht oder vom Fundus, ferner nur dann, wenn man hoffen kann, die Operation in einer Sitzung zu beenden. Trotzdem besteht dabei die Gefahr, den Uterus zu durchstossen, weiterhin die, dass Fetzen zurückbleiben und die spätere antiseptische Behandlung nicht gut durchgeführt werden kann. Besser ist es daher, per laparotomiam vorzugehen. Wegen der Verjauchung ist es nicht angezeigt, nach *Martin* die Enucleation vorzunehmen und dann den Uterus mittelst der Naht zu verschliessen und zu versenken. Besser ist es, nach Enucleation des Tumors aus dem Uterus und dem zurückgebliebenen Geschwulstmantel einen längeren Stumpf zu bilden und diesen extraperitoneal in der Bauchwunde zu fixiren. Ist, wie in den 2 erwähnten Fällen ein Theil des Tumors in die Vagina geboren und lässt sich der Uterus nicht lüften, so

muss man auf die Umschnürung der Cervix mit dem Gummischlauche verzichten. Die genaue Diagnose des Sitzes des Myomes — die Gegend seiner Anheftung, sowie der Umfang desselben und der Sitz des Myomes, ob submucös oder intraparietal — lässt sich vor Vornahme der Operation nicht sicher bestimmen, übereinstimmend damit ergibt sich der Operationsmodus erst im Verlaufe der Operation, nach Eröffnung der Bauchhöhle, eventuell erst nach Eröffnung des Uterus. Bisher ergab die intraperitoneale Stielversorgung der vorgenommenen Myomotomie ungünstigere Resultate, als die extraperitoneale (28·2 und 24 Procent Mortalität). *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

293. ***Zur Intubation des Kehlkopfes.*** *Von Dr.* ***R. Norris Wolfenden-London****, übersetzt von Dr.* ***Michael.*** *(Arch. f. Kinderheilk. Bd. IX. 3. H. — Deutsch. med. Zeitg. 1889. 2.)*

Zur Operation gehören: 1. Mundspeculum, 2. fünf Laryngealröhren, 3. Einführungsinstrument, 4. Entfernungsinstrument, 4. Messinstrument. Die mit Obturator versehene Tube wird unter Führung des linken Zeigefingers mittelst Führungsinstrumentes durch den mittelst Mundsperre geöffneten Mund unter Vermeidung des Oesophagus in den Larynx geschoben. 10—20 Minuten sind zur Operation gestattet; ist die Operation nicht gelungen, muss der Apparat wieder entfernt und von Neuem eingeführt werden. Ist die Tube im Kehlkopf, so erfolgt ein Hustenstoss und sofort Erleichterung der Athmung. Ist die Tube mit Schleim verstopft, muss sie entfernt werden; zuweilen wird sie durch Hustenstösse entfernt. Die Entfernung der Tube ist nicht immer leicht, und es bedarf zuweilen eines Anästheticums. Die Methode soll nicht die Tracheotomie verdrängen, sie soll sie aber für Ausnahmefälle reserviren; sie ist werthvoll bei diphtherischem Croup für Kinder unter $3^1/_2$ Jahren. Der Kopf (die sogenannte Schulter) der Tube ruht nicht auf den wahren, sondern auf den falschen Stimmbändern. Ulceration kommt am oberen und am unteren Ende der Tube vor, ist aber harmlos. Meist geht bei liegender Tube die Ernährung gut von statten, zuweilen ist aber Schlundsonde nöthig. Mit der Tracheotomie verglichen bezüglich des Procentsatzes der Geheilten (27 Procent) fällt der Vergleich für die Intubation günstig aus.

294. ***Ueber traumatische Linsentrübung.*** *Von Prof.* ***E. Fuchs.*** *(Wien. klin. Wochenschr. 1888. 3. — Deutsch. med. Ztg. 98)*

Gewöhnlich breitet sich die Trübung von der Stelle der Kapselverletzung in allen Richtungen ziemlich gleichmässig aus. Aber ausnahmsweise kommt es (ausser einer umschriebenen Trübung an der Verletzungsstelle) sehr rasch zu einer sternförmigen Trübung in der Corticalis der Linse, und zwar häufiger in der hinteren, seltener in der vorderen Corticalis; sie tritt gewöhnlich dann auf, wenn die Verletzung die Aequatorgegend der Linse getroffen hat, und entwickelt sich binnen wenigen Wochen. Die Veranlassung ist entweder eine unmittelbare Eröffnung der Kapsel



oder auch eine Contusion des Auges (anscheinend ohne Linsenverletzung; vielleicht ist aber die Kapsel an einer durch die Zeit verdeckten Stelle geborsten). Wahrscheinlich sind diese Linsentrübungen durch Contusion denjenigen anzureihen, welche *Stein* durch Töne bei Meerschweinchen hervorgebracht hat. Die Trübung kann nach einiger Zeit bis auf einen kleinen Rest wieder verschwinden, und zwar durch Aufhellung der getrübten Linsentheile selbst. Die Trübungen zeigen drei Grundformen: 1. ein Stern, dessen Strahlen an der Peripherie breiter sind, 2. ein Stern, dessen Strahlen an der Peripherie schmäler (spitz) sind, und 3. ein Stern, dessen Strahlen Blätterform haben. In der vorderen Corticalis scheinen die Trübungen viel beständiger zu sein als in der hinteren. Neben den sternförmigen Trübungen fand *Fuchs* zuweilen eine Trübung im Aequator der Linse. Er glaubt, dass die sternförmigen Trübungen nach Verletzungen (zum Theile wenigstens) durch Injection eines physiologischen Lymphspaltensystems zu Stande kommen und deshalb einer Rückbildung fähig sind.

295. ***Ueber die Anwendung des Creolin bei suppurativen Entzündungsprocessen der Paukenhöhle.*** *Von Dr. **Ignaz Purjesz**, Ohrenarzt in Budapest. (Gyógyászat. 1888. 52.)*

Seit den ersten Publicationen über die therapeutischen Eigenschaften des Creolin wurde letzteres von *Purjesz* in Fällen von acuten und chronischen Mittelohrentzündungen vielfach angewendet. Es wurde eine Lösung bereitet (5—6 Tropfen Creolin auf 0·5 Liter Wasser), mit welcher das erkrankte Ohr, je nach der Menge des Secretes, täglich 1—2 mal ausgespritzt wurde. Ausserdem wurden täglich oder jeden 2. Tag Lufteintreibungen vorgenommen, und zwar entweder nach dem *Politzer*'schen Verfahren oder wenn dies nicht ausführbar war, mit Zuhilfenahme des Katheters. *Purjesz* hält auf Grund seiner Beobachtungen das Creolin für ein vorzügliches Antisepticum, welches bei dem von ihm gebrauchten Concentrationsgrade keine Reizungserscheinungen hervorruft und das Sistiren der Suppuration in verhältnissmässig kurzer Zeit herbeiführt. Namentlich für die Armenpraxis ist das Creolin wegen seines mässigen Preises zu empfehlen. □

296. ***Le bandeau en ophtalmologie.*** *Von Dr. **A. Trousseau.** (L'union méd. 2858. 62. — Centralbl. f. Augenheilk. 1889. 1.)*

Verf. rügt die kritiklose Anwendung des Augenverbandes bei vielen Krankheiten, wo er bisweilen direct den Heilungsprocess hemmt. Zweckmässig ist er, wo es gilt, das Auge vor Luft, Staub und Licht zu schützen und unter Druck und höherer Temperatur zu halten, z. B. bei Iritis, contraindicirt dagegen beim Lidkrampf, weil er die Lider und die Cilien gegen den Bulbus drängt, den Abfluss der Secrete hindert und das Auge lichtscheuer macht, bei allen Erkrankungen mit reichlicher Absonderung. Bei Hornhautentzündungen thut eine schwach gefärbte Schutzbrille viel bessere Dienste. Bei Substanzverlusten allerdings sei der Verband für die erste Zeit nützlich, weil er die Antisepsis erleichtert. Nach Staaroperationen entfernt Verf. den Verband vom vierten Tage ab. Ein Hauptprincip müsse bleiben, den Augen das Licht nach Möglichkeit nicht zu entziehen.



297. ***Zur Aetiologie der constitutionellen Erkrankungen des Auges.*** *Von* ***Tweedy.*** *(Americ. Journ. of med. scienc. — Centralbl. f. Augenheilk. 1889. 1.)*

Die constitutionellen Erkrankungen müssen nach dem Orte ihrer Localisation unterschieden werden. Die scrophulösen Affectionen befallen hauptsächlich die Gewebe epiblastischer Herkunft (Phlyctäne des Cornea- und Conjunctivepithels), ebenso die neuropathischen Entzündungen (Trigeminuserkrankungen, Herpes). Dagegen werden die mesoblastischen Gewebe von der Syphilis bevorzugt, besonders die tieferen Schichten der Cornea, die Sclera, die Iris, Chorioidea, der Glaskörper und die Muskeln. Da die Heilmittel eine besondere Affinität für bestimmte Gewebe zeigen, kann man aus solchen Unterschieden eine rationelle Behandlung der Augenkrankheiten ableiten.

298. ***Ueber Hämorrhagien in dem Glaskörper während der Pubertätsjahre.*** *Von Dr.* ***Zieminski.*** *(Gazeta Lekarska. 1888. 4 und 5. — Centralbl. f. Augenheilk. 1889. 1.)*

Glaskörperblutungen treten am häufigsten während der Pubertät im späteren Alter auf. Erstere beobachtete Verf., und dies bestätigen auch von ihm gesammelte anderweitige Publicationen, meist bei jungen Leuten mit blasser Hautfarbe und gesteigerter Erregbarkeit des Gefässsystems, welche häufig an Pollutionen und Congestionen nach dem Kopfe leiden. Bei zwei Pat. war die Zahl der rothen Blutkörperchen bis zur Hälfte der normalen Menge reducirt. Von bekannteren Ursachen der Hämorrhagie konnte keine nachgewiesen werden, auch Heredität nicht. Alle Pat. aber litten an Constipation. Nach dem Verf. entsteht vielleicht durch Zersetzungsproducte des angestauten Kothes eine Blutvergiftung und Veränderung der Blutmischung, die unmittelbar zu dem Bluterguss in das Innere des Auges führt.

Dermatologie und Syphilis.

299. ***Casuistische Mittheilungen aus Dr. Unna's Poliklinik für Hautkrankheiten.*** *Von Dr.* ***Düring.*** *(Monatschr. f. prakt. Dermatol. 1888. 22.)*

Düring berichtet über einen Fall von Impftuberculose. Infectionsträger sollen die Ohrringe einer an Phthise verstorbenen Person gewesen sein. Die durch jene inficirte Person stammt aus einer von Tuberculose bisher verschonten Familie. Die Ohren der Verstorbenen haben öfter geblutet und geeitert. An der Erkrankten sah *Düring* ein Geschwür des linken Ohrläppchens mit unterminirten Rändern; an derselben Seite des Halses fand er eine mit der Bedeckung verwachsene Drüse. Die Haut über derselben war ulcerirt; unter dem Schorfe reichliche, dünnflüssige Secretion; die Ränder des Geschwürs waren unregelmässig ausgebuchtet. Dämpfung der linken Lungenspitze, Rasselgeräusche. In Granulationen und Sputum Bacillen. Nach Cauterisationen und Application von Zn O-Ichthyolsalbenmull überhäutete sich das Geschwür. Der Process in den Lungen hingegen schritt weiter.



Das Mädchen starb. Von Acnelupus oder Lupus miliaris veröffentlicht *Düring* einen Fall. Der Fall war anfangs wegen Pityriasis capitis und Seborrhoe der Nasolabialfalten und der Mundgegend als Eczema seborrhoicum aufgefasst und behandelt worden. Die tiefrothen leichterhabenen Knötchen aber von honigartiger Transparenz, die nirgends zur Eiterung tendirten, discret auf beiden Schläfen und Wangen bis zum Kinn herab localisirt waren und der Eczemtherapie widerstanden, erregten den Verdacht auf jene Form des Lupus. Sie wurden mit dem stärksten Salicylkreosotpflastermull energisch behandelt und verheilten nach einer endlichen abschliessenden Application von Zn O-Ichtyolsalbenmull (Nachts) und Resorcin-Zinkpaste (am Tage).

Friedheim, Leipzig.

300. ***Ueber doppelte Primärsyphilide à distance.*** *Von* ***Ohmann-Dumesnil.*** *Beitrag zur Frage von der syphilitischen Autoinfection. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1888. 18. — Arch. f. Dermatologie und Syphilis. 1889. 1. Heft.)*

Verf. vertritt die bekannte Ansicht, dass Initialsclerosen, welche zwar an verschiedenen Stellen localisirt sind, z. B. am Präputium und Lippen, aber ungefähr gleichzeitig auftreten, in der Regel auf dieselbe Infection zurückzuführen sind und gibt eine Skizze zweier Fälle, welche diese Theorie unterstützen. Bei Erörterung dieser Frage bespricht er die Möglichkeit der Autoinfection bei frischer Syphilis, die er für unwahrscheinlich hält, da es experimentell noch nie sicher gelungen sei, bei schon bestehender Sclerose einen Impfschanker zu erzeugen. Das Misslingen dieser Experimente erklärt er damit, dass die Sclerose schon kein locales Leiden mehr darstelle, sondern der erste Ausdruck der Allgemeininfection sei. Daher wäre es auch bisher nicht gelungen, selbst bei möglichst frühzeitiger Excision einer unzweifelhaften Sclerose, die späteren Symptome der Syphilis zu unterdrücken. (Was letztere Behauptung angeht, so muss derselben doch entgegengesetzt werden, dass eine Anzahl von zuverlässigen Beobachtungen vorliegt, bei denen die Excision des Primäraffectes von bestem Erfolge war.) *Sternthal.*

301. ***The prognosis of organic strictures of the urethra.*** *Von* ***Fenwick.*** *(Journ. of cutan. and genito-urin. diseases. November 1888.)*

Mit Recht beklagt *Fenwick,* dass es im Allgemeinen ausserordentlich schwierig sei, bei Stricturkranken zu constatiren, wie weit bereits der gesammte Organismus durch das Bestehen der Harnröhrenverengerung in Mitleidenschaft gezogen ist; naturgemäss hängt von dieser Erkenntniss die Prognose ganz wesentlich ab, aber nur die groben und gröbsten Störungen der Nierensecretion, respective sich daran anschliessende Herzmuskelerkrankungen vermögen das Urtheil des Arztes zu beeinflussen, die ersten Anfänge dieser verhängnissvollen Wirkungen entgehen auch dem aufmerksam Beobachtenden nur allzu leicht. *Fenwick* hat es nun versucht, einen Anhaltspunkt für die Prognose der Stricturen zu gewinnen, und zwar ist er dabei von dem Gedanken ausgegangen, dass der in der Blase nach spontaner Entleerung derselben zurückbleibende „Residualurin“ ein Massstab sei für



die Schädigung, welche zunächst natürlich die Blasenmusculatur durch die Strictur — d. h. durch die Steigerung der normalen Widerstände — erfährt. Ob es richtig ist, der Menge dieses Residualurins eine so grosse Bedeutung zuzuschreiben, das mag theoretisch zu discutiren sein. Zweifellos aber ist, dass die Verminderung desselben im Laufe der Behandlung in der That einen wichtigen Anhaltspunkt gibt, um zu erkennen, wie weit die Blasenmusculatur bereits dauernd geschädigt ist. In dieser Beziehung hat *Fenwick* eine Anzahl recht interessanter Untersuchungen angestellt; er fand (bei 75 Pat.) in 7% keinen Residualurin, in 28% eine geringe Menge (unter 3 Drachmen = 13 Gr.) und in 60% eine grössere Quantität (im Mittel 6·4 Unzen = 227 Gr., im Maximo = 32 Unzen); im Allgemeinen geht die Grösse dieser Zahlen aus natürlichen Gründen dem Alter der betreffenden Pat. etwa parallel; natürlich wirken dabei aber noch manche andere Umstände, die Weite der Strictur, die Dauer ihres Bestehens etc. mit. Besonders wichtig sind aber die Angaben über die Verminderung des Residualurins bei der Behandlung: *Fenwick* unterscheidet ein rapides Absteigen in der ersten Woche und ein allmäligeres Absteigen weiterhin. Daneben kommen einzelne Unregelmässigkeiten der Curven, von denen er ein instructives Beispiel abbildet, durch leichte Verschlimmerungen des Zustandes, Excesse etc. zu Stande. Folgende Regeln glaubt *Fenwick* aus seinen Beobachtungen ableiten zu können: 1. Eine schnelle Erholung des Blasenmuskels im Anfang ist zu erwarten bei plötzlicher Erweiterung einer engen Strictur; 2. je älter der Pat., umsoweniger deutlich markirt sich diese Erholung; 3. eine schnelle Verminderung des Residualurins im Anfang ist kein Kriterium für die weitere — allmälig zur Norm fortschreitende — Besserung. Dass bei der Beurtheilung des Residualurins alle Fehlerquellen sorgfältig ausgeschlossen werden müssen, ist selbstverständlich; wie weit dieselbe — und namentlich der Versuch die Prognose nach der Grösse dieses Werthes zahlenmässig auszudrücken — praktische Bedeutung hat, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. *Jadassohn*, Breslau.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

302. ***Ueber die Temperatur der menschlichen Haut.*** *Von* **Kunkel**. *(Zeitschr. f. Biologie. Bd. XXV, pag. 55. — Arch. für Dermatologie und Syphilis. 1889. 1.)*

Mittelst eines eigens construirten, in dem der Haut anliegenden Theile nur eine minimale Masse besitzenden und so der Haut nur wenig Wärme entziehenden Neusilber-Eisen-Thermoelements untersuchte *Kunkel* die Temperatur der Haut am Gesunden unter verschiedenen äusseren Verhältnissen. Es zeigte sich, dass gleichzeitig an dem grössten Theile der bedeckten Körperoberfläche, über dem ganzen Rumpfe bis auf einzelne, durch die besonderen localen Verhältnisse bedingten Abweichungen (höhere



Temperatur in der Schenkelbeuge wegen Bildung einer Hautfalte beim Sitzen und Verminderung der Wärmeabgabe, geringere am Gesäss wegen stärkerer Wärmeentziehung durch die angedrückten Kleider) ungefähr die gleiche Temperatur (34·2—34·6) besteht. Je reger der Stoffwechsel (eventuell durch Arbeit gesteigert) in den unter der Haut liegenden Organen, um so höher die Oberflächentemperatur. Ueber dicken Muskellagen ist sie etwas höher als über Sehnen und Knochen, über den centralen Theilen höher als über den peripheren. Von den unbedeckt getragenen Theilen ist das Gesicht unter den gewöhnlichen Bedingungen ebenso warm wie die bedeckte Haut, die Hände zeigen individuelle und von der Thätigkeit abhängige Schwankungen. Bei kalter Aussentemperatur sinkt die Temperatur der Haut, doch entfernt sich die der bedeckten auch unter sehr ungünstigen äusseren Bedingungen nur wenig von der normalen Grösse. Das Gefühl behaglicher Wärme besteht, wenn die Hauttemperatur zwischen 33·3 und 34·8° C. beträgt. Sinkt sie am Rumpf auf 32·5, den centralen Abschnitten der Extremitäten auf 31·5, so tritt Frösteln ein. Bei 34·8—35° C. im Gesicht ist ein unbequem heisses Gefühl vorhanden. Wegen eintretenden Schweisses wird eine Erhöhung über 35·6° C. nicht beobachtet.

303. ***Ueber den Doppelton bei der Mitralstenose.*** *Von Pel. Feestbundel, Donders-Jubiléum 1888. (Centralbl. f. d. med. Wissenschaft. 1889. 6.)*

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen von Pat. mit Mitralstenose kommt Verf. zu Schlüssen über die Bedeutung und das Entstehen der dabei vorkommenden Verdoppelung des zweiten Herztones, die von denen anderer Autoren nicht unerheblich abweichen. Zur Feststellung der immerhin schwierig hörbaren Erscheinung bediente er sich meistens des englischen Stethoskops, welches den Schall durch zwei Ansatzstücke in beide Ohren leitet. Die von ihm mitgetheilten Ansichten sind folgende: 1. Die Verdoppelung des diastolischen Tones, welche an der Herzspitze hörbar und streng zu scheiden ist von dem Doppelton, der an der Ostia arteriosa gehört wird, findet sich bei mindestens drei Viertel der Fälle von Mitralstenose; — 2. diese Verdoppelung des diastolischen Tones ist die constanteste physikalische Erscheinung bei in Rede stehender Herzaffection und ist daher für die Diagnose sehr wichtig; sie ist ein beinahe pathognostisches Zeichen für die Erkrankung; — 3. unrichtigerweise wird von den meisten Autoren die Erklärung *Geigel's* für diesen Doppelton herangezogen; derselbe hat aber den physiologischen und pathologischen diastolischen Doppelton nicht ordentlich auseinander gehalten; — 4. da der zweite Bestandtheil des Doppeltones pathologisch ist und nicht mit der Präsystole zusammenfällt, kann die Erscheinung nicht durch Vorhofcontraction und hiervon abhängige Klappenspannung erklärt werden; — 5. der erste Bestandtheil des Doppeltones ist der fortgepflanzte zweite Pulmonalarterienton; der zweite entsteht durch plötzliche Spannung der Ränder des verengten Ostium nach der Diastole des linken Herzens durch die grosse Druckverschiedenheit, die in diesem Augenblick zwischen Vorkammer und Kammer sich plötzlich entwickelt.



304. ***Studien über das Vorkommen des Labferments im Magen des Menschen unter pathologischen Verhältnissen.*** *Von* ***E. G. Johnson****, Stockholm. Aus d. med. Klinik v. Prof. Riegel. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIV, Heft 3. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 6.)*

Im Anschluss an die Untersuchungen von *Hammarsten*, *Schumburg, Raudnitz* und *Boas* über das Labferment in dem Magen der Säugethiere, der Säuglinge, des erwachsenen kranken und gesunden Menschen, hat Verf. an 24 Pat. das Vorkommen und die Eigenschaften dieses Ferments studirt und fasst das Ergebniss seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Das Labferment ist ein constantes Product der Drüsenabsonderung des Magens und findet sich im Magensaft in jedem Stadium des Verdauungsprocesses vor, mit Ausnahme des Magensaftes der Krebskranken, in welchem es niemals nachweisbar war. Das Labferment kommt auch bei Hypersecretion des Magensaftes vor, nachdem der Magen des Pat. am Abend vorher ausgespült und ihm keine neue Nahrung zugeführt worden ist. In den Fällen, wo Salzsäure vorhanden ist, scheint die grössere oder geringere Menge desselben auf die Schnelligkeit und Vollständigkeit der durch Labferment hervorgebrachten Milchgerinnung nicht einzuwirken. Das Labferment geht nicht in den Harn über. Das Labferment wird durch einen Ueberschuss von Alkali leicht zerstört und geht wahrscheinlich deshalb unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht in die Fäces über. Bei Fieber scheint das Labferment im Mageninhalt fehlen zu können. Gekochte Milch scheint durch das Labferment etwas langsamer zu gerinnen als frische. Bei der durch Labferment veranlassten Coagulation der Milch verbleibt die Reaction normal; nach der Coagulation ist keine Milchsäure vorhanden.

305. ***Ueber eine eigenthümliche Farbstoffbildung bei schweren Darmleiden.*** *Von Prof. Dr.* ***Ottomar Rosenbach****, Primararzt der medicinischen Abtheilung des Hospitals zu Allerheiligen in Breslau. (Berl klin. Wochenschr. 1889. 1.)*

Verf. beschreibt eine eigenthümliche Farbenveränderung, welche der Urin mancher Kranken bei längerem, unter Salpetersäurezusatz erfolgendem Kochen zeigt, welche wegen der ihr zukommenden diagnostischen und prognostischen Bedeutung eine gewisse Beachtung verdient. — Die Probe wird am besten in folgender Weise vorgenommen: Dem — bisweilen schon an und für sich einen röthlichen Schimmer zeigenden — Urin wird unter beständigem Kochen so lange Salpetersäure zugesetzt, bis er eine tief burgunderrothe, im durchfallenden Lichte manchmal blauroth erscheinende Färbung annimmt und durch ausfallenden braunrothen Farbstoff getrübt wird. Der tief dunkelrothe, beim Schütteln einen blaurothen Schaum zeigende Urin wird in charakteristischen Fällen beim weiteren Zusatz der Säure oft anscheinend nicht mehr in seiner Färbung verändert, bis plötzlich, manchmal erst nach Hinzufügen von 10 bis 15 Tropfen der Säure, unter leichtem Aufbrausen eine Umänderung des Roths in Rothgelb und dann in Gelb — unter besonders starker Gelbfärbung des Schaumes — eintritt. Durch vorsichtiges Neutralisiren mit Ammoniak oder Natr. carb. — Kalilauge ist nicht so geeignet — kann man, während nach jedem Tropfen des Alkali blauroth



gefärbte Niederschläge entstehen, um sich wieder zu lösen, allmälig eine fleischrothe und dann eine constant bleibende rothbraune Färbung herbeiführen. Dieser, im Gegensatze zum Indigo, kein Spectrum darbietender Farbstoff ist nach *Rosenbach* der resistenteste von den Urinchromogenen, da er sich nur in siedender Salpetersäure bildet und in ausgesprochenen Fällen der Zersetzung durch die genannte Säure, lange widersteht. Alle vom Verfasser untersuchten, die burgunderrothe Färbung zeigenden Urine enthielten verhältnissmässig reichlich indigobildende Substanz; es lässt sich aber nach Darstellung des Indigo durch die gewöhnliche Methode — Salzsäure und Chlorkalk — die eben geschilderte Reaction ebensowenig anstellen, wie die Indigoprobe nach Behandlung des Urins in der oben geschilderten Weise. In einzelnen Fällen liess sich, wenn die Ausfällung des Farbstoffes noch nicht völlig erfolgt war, durch die Indigoreaction eine leichte Grünfärbung erzielen. Die Purpurfärbung des Urins scheint häufig mit der Anwesenheit von acetonbildender Substanz vergesellschaftet zu sein. — Bei manchen Urinen muss das Kochen unter fortwährendem Säurezusatz 4 bis 5 Minuten fortgesetzt werden, ehe eine dunklere röthliche Färbung der Flüssigkeit anzeigt, dass die Reaction gelingen wird. Rauchende Salpetersäure ist nicht geeignet, die Färbung in aller Schärfe hervortreten zu lassen; dagegen lässt sich mit Salzsäure eine leidliche Farbenveränderung, bei der es aber nicht zur eigentlichen tief braunrothen Färbung kommt, herbeiführen. Natriumnitrit fördert die Reaction nicht.

Nach den Erfahrungen *Rosenbach's* ist das Auftreten dieser Reaction eines der constantesten Zeichen schwerer Darmaffectionen der verschiedensten Art, deren gemeinsames Charakteristicum eine Störung der Resorption im Gebiete des ganzen Darmcanals ist. — Die Stärke der Reaction ist nicht allein von dem Verschlusse des Darmlumens abhängig, sondern es sind auch Fälle incompleter Stenose mit der Bildung des rothen Farbstoffes vergesellschaftet. Ist einmal eine totale Obstruction des Darmlumens zu constatiren gewesen, so deutet das Fortbestehen der Reaction selbst dann noch auf einen schweren organischen Process im Darme hin, wenn auch der Darm anscheinend wieder durchgängig geworden sein sollte und man kann mit Sicherheit den Wiedereintritt schwererer Symptome erwarten. — Die Reaction wird in keinem Falle von Darmocclusion vermisst, sie scheint ein sicheres Zeichen von Darmcarcinose zu sein, begleitet schwere und ausgedehnte Geschwürsbildung im Darm, sobald dieselbe mit beträchtlicher Functionsstörung des Verdauungsapparates einhergeht, sie fehlt nicht bei schweren Diarrhöen und bei allgemeiner Inanition in Folge von Anomalien des Darmcanals. — Bei reiner, nicht durch ein Darmleiden complicirter Peritonitis, auch bei tuberculöser Entzündung der Serosa fehlt die Reaction, ebenso bei Perityphlitis, welche ohne die bereits erwähnten Darmerscheinungen einhergeht, auch bei hartnäckiger Obstipation hat sie *Rosenbach* bis jetzt vermisst. Bei leichteren Magenleiden, selbst wenn sie mit Erbrechen einhergehen, besteht keine Reaction, so lange der Darm intact ist, dagegen findet sich in den späteren Stadien der Pyloruscarcinome das Zeichen, sobald Inanition ein-



getreten ist. Die Menge des gebildeten Farbstoffes ist ungefähr der Intensität des Processes proportional. In den Fäces einiger eine ausgeprägte Reaction des Urins zeigender Kranken fand sich nach dem angegebenen Verfahren nur eine Andeutung der Reaction, doch müssen die Versuche in dieser Richtung noch fortgesetzt werden. Was die Natur des Farbstoffes anlangt, so kann es sich natürlich nicht um Indigo handeln, da eben Indigblau unter der geschilderten Behandlung zerstört wird; es scheint auch Scatol und seine Derivate nicht vorzuliegen; dagegen dürfte nach *Rosenbach's* bisherigen Untersuchungen das Chromogen ein Product der Einwirkung der concentrirten Säure auf die Indigoverbindungen und die phenolbildende Substanz des Urins sein. Inwieweit der Farbstoff Beziehungen hat zu dem schönen, rothvioletten Chromatin, welches *Rosenbach* in Fällen beträchtlicher Gastrectasie beobachtet hat (*Volkmann's* Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 153) lässt sich noch nicht entscheiden; doch mag hervorgehoben werden, dass die Farbennuance im letzterwähnten Falle eine bei weitem hellere und der Farbstoff viel schneller zerstörbar ist.

Wohl sind die Bedingungen, unter welchen eine vermehrte Indigobildung stattfindet, nahezu dieselben wie diejenigen, welche zur Entwicklung der Muttersubstanz des rothen Farbstoffes Veranlassung geben. — Während jedoch die Indigoreaction, wie die Untersuchungen von *Jaffé*, *Senator* u. A. gelehrt haben, bei einer grossen Reihe von localen und allgemeinen Processen zur Beobachtung kommt, scheint *Rosenbach's* Reaction, wenn sie constant in voller Schärfe, d. h. mit blaurother Nuance und blaurothem Schüttelschaume auftritt, ausschliesslich als Symptom der schwersten Ernährungsstörungen, welche die Folge von Darmleiden sind, betrachtet werden zu müssen. *Loebisch.*

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

306. ***Gerichtliche Verurtheilung eines Taubstummen, weil er einen Schutzmann mit gesprochenen Worten beleidigt hat.*** *(Allg. med. Central-Zeitg. 1888.)*

Der im Titel genannte, bis jetzt wohl vereinzelt dastehende Fall ereignete sich in Nürnberg. Es wurde nämlich der taubstumme Bierbrauer G. wegen Bettelns in Haft genommen. Da der Schutzmann dessen körperliches Gebrechen für erheuchelt hielt, mag er nicht gerade allzu zart mit dem Manne verfahren sein. Es ist nun bekannt, dass Taubstumme meist leicht erregbar sind und so widersetzte sich denn G. seiner Verhaftung, indem er nach dem Schutzmann biss und schlug und Rufe ausstiess, welche der Letztere sich als „Lump, Knödelbayer, Preuss" etc. deutete. — Bei der Gerichtsverhandlung erklärte ein als Sachverständiger geladener Taubstummenlehrer, dass die Taubstummen, zumal in grosser Erregung, sehr wohl einzelne Worte hervorbringen können. — Das Urtheil lautete wegen Widerstands und Berufsbeleidigung auf 10 Tage Gefängniss.

307. ***Untersuchung über den Einfluss der Lufttemperatur auf die Kindersterblichkeit an Durchfallskrankheiten.*** *Von Dr. **Meinert.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1888. 24. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 4.)*

In einem Vortrage, den Verf. auf der 60. Naturforscherversammlung (hygienische Section) gehalten hat, brachte er auf Grund einer umfangreichen statistischen Erhebung unter den Aerzten Dresdens einige interessante Momente zur Sprache, welche auf die Sommersterblichkeit der Kinder Einfluss ausüben. So wies er nach, dass neben den absolut hohen Temperaturen auch noch der Grad der Luftbewegung in Frage kommt; eine relativ geringe Temperatursteigerung wirkt bei ruhiger Luft oft deletär, während absolut höhere Grade bei Wind keine Steigerung der Erkrankungsziffer verursachen. Ein weiteres Moment von hoher Wichtigkeit ist die Ventilation in den Wohnungen; freistehende, gut ventilirte Häuser zeigen weit geringere Sterblichkeit, als eng zusammenstehende; Erdgeschoss und 1. Stock, welche einerseits der Sonne stark ausgesetzt, andererseits der natürlichen Ventilation entzogen sind, zeigen die grösste Sterblichkeit. Interessant ist noch die Thatsache, dass in Dresden die Sterblichkeit der unehelichen Kinder an Sommerdiarrhöen geringer ist, als die der ehelichen; dies lässt sich zurückverfolgen bis zum Jahre 1883, zu welchem Zeitpunkte die Stadt mit der Beaufsichtigung der Haltekinder gesetzlich beauftragt wurde.

308. ***Beitrag zur Statistik der venerischen Krankheiten speciell des weichen Schankers.*** *Von Dr. **E. H. Wagner.** Inaugural-Dissertation. Strassburg 1888. (Arch. f. Dermat. und Syphil. 1889. 1.)*

In der an statistischen Belegen reichen Arbeit kommt Verf. zu dem von *Neisser*, *Finger*, *Lipp* u. A. bestätigten Resultate, dass die Frequenz der weichen Schanker von Jahr zu Jahr geringer wird. Was im Speciellen Strassburg anbetrifft, so resumirt er die Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermassen: „Die venerischen Krankheiten in ihrer Gesammtheit haben im Verlaufe der letzten zehn Jahre in Strassburg einen ganz bedeutenden Rückgang erfahren. In erster Linie der weiche Schanker. Am constantesten hält sich die Blennorrhagie auf ihrer Höhe, doch ist auch bei ihr ein geringer Rückgang nicht zu verkennen. Zwischen beiden steht die Syphilis. Doch schliesst sich dieselbe in ihrem Verhalten mehr an den weichen Schanker an. Die Ursache jener Abnahme ist in erster Linie in einer rationellen Ueberwachung der Prostitution zu suchen.

309. ***Ueber Beziehungen der Tuberkelbacillen zu den Zellen.*** *Von Dr. **A. Stschastny** aus Warschau. Aus dem Hueppe'schen Laboratorium in Wiesbaden. (Virchow's Arch. Bd. 115. Heft 1.)*

Die auf Anregung *Hueppe's*, an der Milz und Leber des Ziesels, zum Vergleiche an der Leber von Huhn und Sperling, ferner an tuberculösen Mandeln des Menschen angestellten Untersuchungen haben folgende Resultate ergeben: 1. Dass die Wanderzellen in der Blut- und Lymphbahn lebende und virulente Tuberkelbacillen activ durch „Phagocytose", durch ihre „Voracität" „fressen". 2. Dass dieselben die aufgenommenen Bacillen bei ihrer



Auswanderung aus der Blutbahn in die Gewebe verschleppen und so den Grund zu der Entstehung des echten Tuberkels oder der tuberculösen Infiltration liefern. 3. Ein Theil der bacillenhaltigen Leukocyten wandelt sich, nachweisbar durch Kernfragmentirung, Mitose und alle möglichen Uebergangsformen, in bacillenhaltige Epithelioide und weiter in bacillenhaltige Riesenzellen um. 4. Dass fixe bacillenhaltige Bindegewebszellen sich in Riesenzellen umwandeln können, bestreitet Verf. nicht allgemein, nur hatte er im Gewebe des Ziesels hierfür durchaus keinen Anhalt gefunden. 5. Ob auch nicht inficirte, nicht bacillenhaltige fixe Bindegewebszellen oder Leukocyten zu Riesenzellen auswachsen können, ist mindestens noch als offene Frage zu behandeln. Die Thierspecies kann vielleicht hierin Differenzen bedingen und derselbe „Reiz" könnte in einem Falle pathogenetisch und beschränkt sein, in einem anderen Falle physiologisch und formativ weiter wirken. 6. Die Riesenzellen der für Tuberculose empfänglichen Thiere können eine partielle oder totale Necrose erleiden, und ihre Bildung erscheint als ein nicht genügend leistender Versuch der Species, sich eindringender Feinde zu erwehren. Die Riesenzellen der nicht empfänglichen Thiere, wie des Ziesels, sind dauerhafte, leistungsfähige Gebilde ohne nachweisbare necrotische Erscheinungen, welche, wie die „physiologischen" Riesenzellen, als Folge eines „formativen" Reizes die Wehrmittel des Organismus verstärken. 7. Die Riesenzellen beschleunigen durch ihre Lebensthätigkeit die natürliche Involution der Tuberkelbacillen und rufen zu gleicher Zeit bedeutend mehr von den, auch in Culturen in geringem Masse zu beobachtenden Involutions- und Degenerationsformen der Bacillen (körniger Zerfall, Inversion der Färbung) hervor. Ausserdem bewirken sie Degenerations- und Absterbeformen der Bacillen, welche in den Culturen nicht auftreten, während auch umgekehrt in den Culturen Involutionsformen auftreten, welche Verf. in den Zellen gefunden hat. Die Riesenzellen sind also sehr leistungsfähige „Phagocyten". 8. Der primäre Epithelioidzellentuberkel ist nicht toto calo von dem primären Lymphoidzellentuberkel auseinander zu halten, sondern beide Formen können ihren Ursprung aus bacillenhaltigen Wanderzellen nehmen; wesentlich die Schnelligkeit des Wachsthums, d. h. in der Regel nur die Empfänglichkeit der Species für Tuberculose, bisweilen auch die Masse auf einmal eingeführter Bacillen, entscheiden darüber, ob die bacillenhaltigen Wanderzellen zur Bildung eines reinen primären Lymphoidzellentuberkels führen, oder ob bei wenig empfänglichen Thieren die oder einige Wanderzellen Zeit finden, zu Epithelioid- und Riesenzellen auszuwachsen. 9. Ob primäre Epithelioidzellentuberkel aus fixen Bindegewebszellen primär hervorgehen können, muss so lange als nicht definitiv entschieden angesehen werden, als die Frage der Infection fixer Zellen durch unbewegliche Bacterien noch nicht endgiltig gelöst ist. 10. Die amöboid gewordenen Bindegewebszellen und ebenso die beweglich gewordenen Endothelzellen können sich sicher secundär am Bau der Tuberkel durch Vermehrung der lymphoiden Zellen derselben und durch Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe betheiligen. Wie weit diese Elemente durch Aufnahme von Bacillen auch zur Verbreitung des „Reizes" oder

primär zur Bildung von Tuberkeln beitragen, ist unsicher. Im letzteren Falle sind diese Zellen aber ganz ebenso, wie die amöboiden echten Blutzellen, als Phagocyten zu beurtheilen. 11. Nach alledem hält Verf. den Kern der von *Roser* angeregten, von ***Metschnikoff*** begründeten Phagocytenlehre für durchaus gesichert. *Schnirer*, Wien.

310. ***Der Diplococcus pneumoniae als Ursache der primären acuten Peritonitis.*** *Von Prof.* ***A. Weichselbaum.*** *(Centralbl. f. Bacteriologie. 1889. 2.)*

Verf. theilt 2 Fälle von primärer acuter Peritonitis mit, bei denen im peritonitischen Exsudate der Diplococcus pneumoniae in einer der In- und Extensität der Erkrankung entsprechenden Menge mikroskopisch, durch Züchtung und durch Ueberimpfung auf Thiere nachgewiesen wurde. Mit diesem Befunde steht auch die Thatsache im Einklang, dass es gelingt, bei Thieren durch Injection des Diplococcus pneumoniae eine Peritonitis zu erzeugen. Aus diesen 2 Fällen darf natürlich nicht gefolgert werden, dass jede primäre Peritonitis durch den Diplococcus pneumoniae bedingt wird, denn sowohl Verf. als auch andere Autoren konnten bei acuten, idiopathischen Bauchfellentzündungen den Streptococcus pyogenes auffinden, ebenso können auch noch andere Bacterien gefunden werden. So hat Verf. bei einer nach Ruptur einer typhösen Milz aufgetretenen Peritonitis im Exsudate ausschliesslich Typhusbacillen in enormer Menge gefunden. In beiden Eingangs erwähnten Fällen fand sich eine tiefgreifende Ulceration des Magens, von welcher aus der Diplococcus pneumoniae vielleicht in die Bauchhöhle eindrang. *Schnirer,* Wien.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

311. *De l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie.*

Par ***Georges Guinon.***

(Revue de chirurgie. 1888. Nr. 11.)

Referirt von Dr. ***Schnirer,*** *Wien.*

(Schluss.)

3. Hysterische Coxalgie. Diese wird in den meisten Fällen durch ein Trauma, als Gelegenheitsursache, erzeugt. Im Beginne verläuft dieselbe ganz ähnlich der tuberculösen Coxitis. Das Hinken, die Schmerzen beim Gehen, die Knieschmerzen, die scheinbare Verkürzung der Extremität, die compensirende Lordose etc. bestehen bei beiden Krankheiten. Im Beginne der Erkrankung kann auch die Untersuchung der Extremität in der Narcose nicht zum Ziele führen, weil ja im Beginne der organischen Coxitis die Steifheit nur durch Contractur in Folge der Schmerzen bedingt wird, welche durch die Narcose behoben werden kann. Aber auch schon in diesem Stadium besteht ein gewisser Widerstand im Gelenke und etwas Krachen, was bei der hyste-



rischen Coxalgie nie der Fall ist. Im weiteren Verlaufe lässt sich die Anchylose bei der organischen Coxitis auch in der Narcose nicht beheben. Bei letzterer besteht heftiger Schmerz auf Druck, die Haut ist an dem Processe nicht betheiligt. Bei der hysterischen Coxalgie ist im Gegentheil die oberflächliche Empfindlichkeit der Haut viel mehr ausgesprochen, als der tiefe Schmerz auf Druck. Dieses Symptom ist um so auffallender, als absolute Hautanästhesie an der ganzen unteren Extremität, inclusive der Leisten- und Glutaealgegend besteht. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal kann ex juvantibus abgeleitet werden. Durch methodische Massage gelingt es, die hysterische Coxalgie zu beheben, was bei der organischen Coxitis nie der Fall ist. Schliesslich besteht noch ein Unterschied in dem weiteren Verlauf beider Krankheiten. Die hysterische Coxalgie bleibt Monate und selbst Jahre lang stationär, wobei das Allgemeinbefinden unverändert bleibt, während die tuberculöse Coxitis stetige Fortschritte macht, wobei der Kranke stark herabkommt.

4. Hysterische Erkrankungen der grossen Gelenke. Alle Gelenke können von hysterischer Arthralgie befallen werden. Von den grösseren Gelenken kommt ausser dem bereits erwähnten Hüftgelenk noch das Kniegelenk in Betracht. Dasselbe ist der Sitz heftiger Schmerzen, die bei der geringsten Bewegung auftreten, daher der Kranke an's Bett gefesselt ist. Der Unterschenkel ist gegen den Oberschenkel halb flectirt, die äusseren Umrisse des Gelenkes sind verschwommen, zuweilen besteht sogar wirkliche Schwellung des Gelenkes. Auf den ersten Blick könnte man eine schwere organische Erkrankung des Gelenks annehmen. Untersucht man aber näher, so findet man, dass die Haut der ganzen Gelenksgegend hyperästhetisch ist, während die Haut ober- und unterhalb dieser Gegend vollständig anästhetisch ist, zuweilen besteht auch eine Hemianästhesie der ganzen, dem erkrankten Gelenk entsprechenden Körperhälfte. Man findet ferner mehrere hysterische Stigmata, wie Anästhesie des Pharynx, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes etc. Um zu entscheiden, ob es sich nicht doch um eine organische Erkrankung bei einem Hysteriker handelt, muss man in der Narcose untersuchen. Schwinden dann die Erscheinungen, so hat man es mit einer Erkrankung hysterischer Natur zu thun. Die hysterische Erkrankung des Kniegelenks ist die häufigste; sie fand sich unter 70 von *Charcot* gesammelten Fällen 38 Mal. Ihre Prognose ist eine gute.

5. Hysterische Erkrankung der kleinen Gelenke. Diese täuschen häufig einen Gelenksrheumatismus vor und man findet oft Röthung und Schwellung, die man geneigt ist, durch die rheumatische Affection zu erklären, die aber in sehr vielen Fällen nur Folgen der örtlichen Behandlung sind. Auch hier entscheidet die Untersuchung in Narcose.

6. Pseudo-malum Pottii hystericum. Unter diesem Namen hat *Charcot* eine hysterische Rhachialgie beschrieben, die von Symptomen begleitet ist, welche eine tuberculöse Erkrankung der Wirbelsäule vortäuschen. Nebst den allgemeinen hysterischen Symptomen dienen folgende Momente zur Differentialdiagnose zwischen der wirklichen tuberculösen Spondylitis und dieser



Krankheit. Die Difformität besteht nur bei der ersteren; bei dieser sind die Schmerzen fix und sitzen tiefer, während sie bei der letzteren nicht deutlich localisirt, variabel in der Form sind und in der Haut ihren Sitz haben. Drückt man bei der wirklichen Wirbeltuberculose auf die Schulter des Kranken, so werden Schmerzen in der Gegend der erkrankten Wirbel ausgelöst, ein Symptom, welches bei Hysterischen fehlt. Selbstverständlich spricht die Gegenwart eines kalten Abscesses für Wirbeltuberculose.

7. Die Differentialdiagnose zwischen permanenten hysterischen Contracturen und Anchylosen lässt sich in der Narcose leicht stellen. — Ein für den Chirurgen wichtiger Punkt betrifft die Entstehung von hystero-traumatischen Erscheinungen in Folge chirurgischer Eingriffe. So kann ein, gelegentlich der Einrichtung einer Luxation bei einem Hysteriker auf die Muskeln ausgeübter Zug eine Contractur erzeugen. Einen ähnlichen Fall theilt *Charcot* mit. — Was die chirurgische Intervention bei hysterischen Erscheinungen betrifft, ist Verf. der Ansicht, dass der Chirurg nur die Folgen der hysterischen Erkrankung zu behandeln hat. So lange das krampfhafte Element noch vorhanden ist, muss jeder Eingriff vermieden werden.

Literatur.

312. ***Bewegungscuren mittelst schwedischer Heilgymnastik und Massage mit besonderer Berücksichtigung der mechanischen Behandlung des Dr. G. Zander.*** *Von Dr. **Hermann Nebel** in Frankfurt a. M. Mit 55 Abbildungen im Texte und einer Tafel. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1889. XIV u. 384 S. 8⁰.*

Das vorliegende Werk, welches der Verf. seinem Lehrer Dr. *Zander* widmete, wird gewiss dazu beitragen, den Bewegungscuren auch bei uns eine grössere Anerkennung und damit auch grössere Verbreitung zu verschaffen, als dies bisher der Fall ist. Es ist ja vollkommen gerechtfertigt, dass geschulte Aerzte Heilverfahren gegenüber, welche nur von Empirikern geübt werden, sich so lange als möglich ablehnend verhalten. Birgt aber ein solches Heilverfahren, wie wir dies bei der Hydrotherapie und jüngst erst bei der Massage erfahren haben, einen nicht zu verkennenden therapeutischen Effect in sich, so gelingt es dem tüchtig gebildeten Arzte bald, den Fachgenossen die wissenschaftlichen Grundlagen der neuen Heilmethode auseinanderzusetzen, deren Werth zu begründen und damit Anhänger für deren Uebung zu finden. Ohne die Bedeutung der Massage im Allgemeinen schmälern zu wollen, stellt doch der Verf. in dem vorliegenden Werke die mechanische Gymnastik im Sinne Dr. *Zander's* in den Vordergrund. Handelt es sich ja doch darum, die deutschen Aerzte über das Wesen derselben, welches mannigfach widersprechende Auffassung erfahren hat, aufzuklären. Bei dem Verfahren, welches Dr. *Zander* in Stockholm ersonnen hat, handelt es sich gegenüber der gewöhnlichen schwedischen manuellen Gymnastik darum, mit Hilfe von Maschinen, welche durch Dampfkraft in Bewegung gesetzt werden, die mechanischen Bewegungen des Pat. genau zu dosiren, also die Steigerung der Leistungsfähigkeit durch Einschalten von wägbaren



Widerständen genau zu bestimmen und zu reguliren; andererseits wird ein Theil der *Zander*'schen Apparate auch durch die Muskelthätigkeit der Pat. selbst in Bewegung gesetzt. Es besteht der Vorzug dieses Verfahrens in der Auswahl und Dosirbarkeit der mechanischen Uebung je nach den Bedürfnissen und der Individualität eines jeden Pat. Wir können an dieser Stelle auf die einzelnen Vorschriften des Verfahrens nicht näher eingehen. *Nebel* schildert im allgemeinen Theil den Zweck und die Bedeutung der medico-mechanischen Institute, die Gymnastik als diätetisches Heilmittel, die Indicationen für die Bewegungscur, die Einrichtung *Zander*'scher Institute. Im speciellen Theile zählt *Nebel* zunächst jene Krankheiten auf, welche auf heilgymnastischem Wege behoben werden können. Es gehören hierher von den Anomalien des Blutes und des Stoffwechsels: z. B. Schwächezustände in der Reconvalescenz, abnorme Fettleibigkeit, Gicht, Diabetes mellitus; von den Krankheiten der Respirationsorgane: Nasenbluten, respective Neigung dazu, Lähmungen der Kehlkopfmuskeln, chronische Bronchitis und Bronchiectasien, Asthma bronchiale, Lungenemphysem, Lungenschwindsucht, respective Disposition zu derselben, Residuen von Pleuritis; von den Krankheiten der Circulationsorgane: Klappenfehler des Herzens, respective deren allgemeine Folgezustände, Myocarditis chronica, idiopathische Hypertrophie und Dilatation, Ueberanstrengung des Herzens, Fettherz, Neurosen des Herzens, Angina pectoris (Stenocardie), nervöses Herzklopfen, Tachycardie, Arteriosclerosis, angeborene Enge der Aorta. In ähnlicher Weise sind es auch nur gewisse Affectionen von den Krankheiten der Unterleibsorgane, des Nervensystems, des Rückenmarks, des Gehirns, bestimmte Neurosen, bei denen sich die Bewegungscuren erfolgreich erweisen. Auch die chirurgischen Leiden, sowie jene Frauenkrankheiten sind erörtert, welche in das Bereich der Mechano-Therapie gehören. Selbstverständlich findet bei letzteren auch die Methode von *Thure-Brandt* ihre Würdigung. Als Vorzug des vorliegenden Werkes möchten wir noch betonen, dass es den Gegenstand mit objectiver Nüchternheit darstellt, fern von jeder Verherrlichung einer Methode, welche auf physiologischer Grundlage beruht und in dem Maasse unter den Aerzten Anhänger finden wird, als dieselben sich eingehend mit ihrer Erkenntniss beschäftigen. —*t.*

313. ***Erklärung der Sinnestäuschungen.*** *Von Prof. J. Hoppe in Basel. Würzburg. Stuber. 1888.*

Die Hallucinationen und Illusionen sind unwirkliche Gegenstandswahrnehmungen, gemacht im Sinne der erworbenen Erfahrung. Illusionen sind unzutreffende Gegenstandswahrnehmungen an äusseren Gegenständen, gemacht aus dem erkennenden, nachbildenden Wahrnehmen derselben. Hallucinationen sind unwirkliche Gegenstandswahrnehmungen im Sinne der erworbenen Kenntnisse, gemacht an den specifischen Erregungen der peripheren Enden der Sinnesnerven, veranlasst durch Alles, was die specifischen Eigenschaften derselben hervorruft. Entsprechend der alten Eintheilung in fünf Sinne, werden auch die Täuschungen derselben, und zwar Illusionen und Hallucinationen, gesondert in fünf Hauptabschnitten besprochen. Verf. nennt sein 306 Grossoctav-Seiten starkes Buch bescheiden einen Beitrag zur Lehre von den Geisteskrankheiten; dieser Name scheint dem Ref. weder sachgemäss, noch glücklich gewählt; eine so umfangreiche, von allen Seiten abgerundete Monographie hat unbedingt seine selbstständige Lebensberechtigung und erfreut sich ja auch heute schon der vollsten Aufmerksamkeit von psychiatrischer Seite. Besonderes Gewicht



legt Verf. auf die von ganz verlässlichen Pat., aber vor Allem von Aerzten gemachten Beobachtungen, während er seine eigenen Erfahrungen in je einem besonderen Capitel wiedergibt. Jede Thatsache wird, sobald sie so zweifellos als eben möglich constatirt ist, physiologisch und pathologisch betrachtet und dann in das System eingereiht, auf welchem der Verf. ganz mühelos und selbstverständlich sein Werk aufgebaut hat. Nicht nur der wissenschaftlich geschulte Arzt, sondern auch der gebildete Laie wird in dem Buche viel Anziehendes finden und hie und da unerwartet eine Erklärung für so manche eigene Beobachtung finden. Ein Eingehen in die Details des Buches, dem Ref. grosse Verbreitung wünscht, ist leider unthunlich. *v. Buschman.*

314. ***Taschenbuch der medicinisch-klinischen Diagnostik mit 50 Abbildungen und einer colorirten Tafel.*** *Von Dr. **Otto Seifert**, Privatdocent in Würzburg, und Dr. **Friedrich Müller**, Privatdocent und Assistent der II. med. Klinik in Berlin. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1889. VIII und 164 S. Duodez.*

Auch die vorliegende fünfte Auflage des obgenannten Taschenbuches darf der Anerkennung sicher sein, welche die nunmehr in fünf fremde Sprachen übersetzten Vorgänger derselben sich erworben haben. Die Verff. haben auch diesmal wieder Alles aufgenommen, was von den Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung für die klinische Diagnostik als verwerthbar sich gezeigt hat. So finden wir z. B. bei der Prüfung des Säuregehaltes im Magen das Reagens von *Günzburg* auf freie Salzsäure neu angeführt, bei dem Nachweis von Arzneimitteln sind die Proben auf Antifebrin und Phenacetin neu aufgenommen. Eine eingehende Umarbeitung hat das Capitel „Mikroorganismen" erfahren, zur besseren Veranschaulichung wurde eine Farbentafel beigegeben, welche die wichtigsten pathogenen Spaltpilze zur Ansicht bringt. Dies Werkchen ist eine wahre Fundgrube wichtigen ärztlichen Wissens, ein Vademecum des Praktikers. *r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

315. ***Ueber Atrophie der Magenschleimhaut.*** *Von Dr. **Georg Meyer**. Vortrag, gehalten im Verein f. innere Medicin zu Berlin in der Sitzung vom 21. Jänner 1889. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 5.)*

Das Material zu den Untersuchungen Redners — vier Magen mit totalem Verlust der Drüsenschicht der Schleimhaut, sowie einer grösseren Anzahl von Präparaten mit Uebergangsstadien zu diesem — entstammt hauptsächlich der städtischen Frauen-Siechenanstalt, zum kleineren Theil der Privatpraxis. Die Behandlungsmethode geschah nach *Heidenhain* und *Sachs*, sowie mit Modificationen dieser Verfahren und Färbungen mit verschiedenen Carminlösungen.

Die Entstehung des Schwundes der Drüsen der Magenschleimhaut lässt sich immer auf eine chronische Gastritis zurückbeziehen *(Ziegler)*, die entweder eine parenchymatöse oder interstitielle ist. Die Drüsen gehen durch fettige Degeneration zu Grunde und es entsteht schliesslich eine schmale Schicht von Rundzellen mit einigen Resten von Drüsenzellen. Die Zellinfiltration beginnt oft am freien Rande der Oberfläche, in der

Tiefe sind noch Reste quer getroffener Drüsenschläuche anzutreffen; die Muscularis mucosae ist häufig hypertrophisch. Nicht selten sind die Drüsen cystisch entartet, indem bei Verschluss des Ausführungsganges der Drüsen deren Secretion noch fortdauert, was allerdings nicht allzu häufig zu sein scheint. Der Rand der Schleimhaut hat zerklüftetes Aussehen. Die zweite Form entsteht durch Hypertrophie des interglandulären Bindegewebes und endigt mit Bildung eines Maschenwerkes mit breiten Stützbalken, mit Rundzelleninfiltration und scharfem glatten Rande. Auf Grund dieser Präparate hat *Ewald* jene beiden Formen der Magenphthise aufgestellt. Die bisher für diese Zustände gebräuchlichen Namen sind nicht zutreffend. Der Ausdruck Phthisis ventriculi, welchen Redner für die Zustände vorschlägt, entspricht den anatomischen, sowie physiologischen und klinischen Verhältnissen, da die secernirende, motorische und resorbirende Function des Magens durch den Schwund seines Parenchyms und Mitbetheiligung der submucösen Schichten des Magens an dem Process aufhört. Die Magenwandungen sind bei der Phthise desselben selten normal dick, meist sind sie stark verdünnt und das Organ selbst erheblich erweitert; bei normaler Dicke hat der Magen gewöhnlich normale Grösse. Dazwischen, in Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens, liegen die Fälle, wo die Wandung verdickt ist (*Nothnagel's* Pat. mit Cirrhose des Magens, combinirt mit Phthise desselben).

Redner beobachtete ferner Cirrhose eines Magens (Inhalt des Magens 180 Ccm.), welcher in der Pylorusgegend Verschleimung der Drüsenzellen in verschiedenen Stadien zeigte. Diese reichte bis tief in den Fundustheil der Drüsen hinab; in den übrigen Theilen zeigte das Organ starke interstitielle Gastritis. Derselbe Befund war bei einem nach Resection des krebsigen Pylorus gewonnenen, lebenswarm in Alkohol gebrachten Präparat vorhanden. In diesen Fällen ist Vortragender geneigt, die Drüsenverschleimung vielleicht als Vorläuferstadium der Phthise des Magens anzusehen.

Von den drei von *Fenwick* unterschiedenen Formen dieser Zustände ist die von ihm genannte „vollständige primäre Atrophie“ die wichtigste, da bei der Complication der Phthise des Magens mit Carcinom die Erscheinungen des letzteren in den Vordergrund treten werden. Mit Obductionsbericht sind Fälle dieser Affection nur selten veröffentlicht; nur aber solche kann Redner als wirkliche Magenphthise ansehen. Grund hierfür ist unter Anderem die Beobachtung einer Insassin der Siechenanstalt mit Uteruscarcinom, deren Mageninhalt intra vitam nie Salzsäure, Pepsin oder Labferment hatte, bei der sich post mortem am oberen Schleimhautrande Krebszellinfiltration, in der Tiefe aber noch zum Theil wohl erhaltene Drüsen und keine complete Phthise, wie erwartet war, zeigten.

Die Phthise des Magens scheint bei Frauen etwas häufiger als bei Männern vorzukommen; bei jüngeren Leuten ist das Leiden sicher seltener als im höheren Alter, wo es wohl häufig als Altersveränderung eintritt, und wie in dreien meiner Fälle (im vierten bestand ausserdem Pancreaskrebs) Ursache des senilen Marasmus ist, ohne weitere Digestionsstörungen intra vitam darzubieten. Ferner ist das Leiden oft mit Krebs complicirt, der gerade hauptsächlich ältere Individuen befällt. Die Ursachen, welche eine Complication von Magencarcinom mit -Phthise bedingen, sind unbekannt; ein Unterschied im Vorkommen der Affection bei Scirrhus oder Medullarkrebs ist nicht erkennbar. Bei Krebs der Haut, Knochen, Lymphdrüsen ist Magenphthise selten, häufiger bei Mamma-



und Uteruscarcinom *(Fenwick)*. Die Dauer des Leidens beträgt von mehreren Monaten bis zu zwei oder drei Jahren. Es tritt dann die Darmverdauung an Stelle der Magenverdauung, bis erstere gestört wird. Das Symptom der Magenerweiterung ist, wie bereits oben bemerkt, bei Magenphthise häufig, kann aber auch fehlen. Ist die ganze Schleimhaut zerstört, so hört die Secretion von Salzsäure, Pepsin, Labferment auf. Das Erbrochene enthält keinen Schleim, ebenso ist kein Schleim aus dem nüchternen Magen auszuspülen. Ferner sind Cardialgie, Anorexie etc. vorhanden. Alle diese Erscheinungen kommen auch bei anderen Magenaffectionen vor, besonders das Versiegen der Secretion beim Catarrh und Neurosen. Das „kaffeesatzartige" Aussehen des Erbrochenen, sowie fühlbarer Tumor können beim Magencarcinom fehlen, sind also differentielldiagnostisch auch nicht immer verwerthbar. Bei der Magenphthise scheint Blutbrechen bisher nicht beobachtet zu sein. Constant wurde in einem Falle des Vortragenden Ekel vor Fleischnahrung angegeben. Der gute Ernährungszustand der Kranken mit Magenphthise, die bisweilen sogar recht starken Panniculus adiposus besitzen, ist auffallend. Dieses Symptom, sowie die meisten anderen der Phthisis ventriculi erinnern an die progressive perniciöse Anämie, wie bereits die meisten Autoren erwähnen. Die Symptome der Magenphthise sind also vorzugsweise die der progressiven Anämie, wobei die Zeichen von Seiten des Digestionstractus in den Vordergrund treten. Die Prognose ist stets infaust, die Therapie nur symptomatisch (*Litten:* Salzsäureausspülung). Redner schlägt vor, die Erkrankung einzutheilen in idiopathische oder primäre Magenphthise und die secundäre, die beim Carcinom irgend eines Organes vorkommt. Aetiologisch beruht die Ernährungsstörung, die zur Phthise führt, vielleicht auf nervöser Basis, so dass einer der oder die für die Mageninnervation in Betracht kommenden Nerven (Vagus, Sympathicus, *Meissner*'sche und *Auerbach*'sche Plexus) in irgend einer Weise betroffen sind. Jedenfalls ergibt sich, dass unsere Kenntnisse von der Affection noch sehr lückenhafte sind, zu deren Vervollständigung Vortragender in Zukunft für nöthig hält:

1. Untersuchung der Magenfunctionen aller mit Krebs irgend eines Organs behafteten, an perniciöser Anämie oder Altersschwäche leidenden Patienten.

2. Makroskopische und histologische Prüfung aller Schichten des Magens, sowie der genannten Nerven bei jedem an einer dieser Affectionen verstorbenen Kranken.

In der darauffolgenden Discussion betont *Rosenheim*, dass der phthisische Process im Magen nicht immer am oberen Rande der Schleimhaut, sondern auch unten beginnen könne, dann im intraglandulären Bindegewebe nach oben steige und die Verstopfung der Drüsenausführungsgänge, wodurch die Cysten entstünden, sowie die Bildung des am oberen Rande bei der Affection liegenden Bindegewebes bewirke. *Ewald* bemerkt, dass er dieselbe Anschauung, wie heute Herr *Rosenheim*, schon früher in der Berliner medicinischen Gesellschaft ausgesprochen und durch Zeichnungen demonstrirt habe. Es gäbe zwei Formen des Processes, von denen die eine mehr von oben nach unten, die andere entgegengesetzt verlaufe, welche als parenchymatös und interstitiell zu bezeichnen seien.



Kleine Mittheilungen.

316. ***Ueber die desinficirende Wirkung des Wasserdampfes*** hat *v. Esmarch* neuere Versuche gemacht, die ergeben haben, dass der Wasserdampf möglichst rein und unvermischt mit Luft sein muss und dass der gesättigte Wasserdampf dem ungesättigten in der Desinfectionskraft überlegen ist, und zwar je trockener der Dampf ist, desto geringer ist seine Wirksamkeit. Es wurden z. B. bei gesättigtem Dampf von 100° C. Milzbrandsporen binnen 5 bis 10 Minuten getödtet, während bei überhitztem Dampf von 120° C. selbst nach 30 Minuten dieser Erfolg nicht erzielt wurde.

317. ***Merkwürdiger Fall von Bleivergiftung.*** *Von Dr. Bramwell. (Brain. 1888. Januar. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 5.)*

Der genannte Fall ist merkwürdig durch Herabsetzung der Sehschärfe, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes für weisses Licht und für Farben, theilweise Farbenblindheit — bei völlig normalem Augenhintergrund. Von sonstigen nervösen Erscheinungen bestanden nur Kopfschmerz, Muskeltremor, Schlaflosigkeit. Schnelle Genesung unter Gebrauch von Jodkali und schwefelsaurer Magnesia.

318. ***Eine Kupfervergiftung durch den Genuss grüner Bohnen*** will *Raynaud* beobachtet haben. Die betreffenden Pflanzen waren zwischen Rebstöcken gezogen worden, welche zur Beseitigung einer Pilzerkrankung wiederholt mit einer Kupferlösung begossen worden waren. Der Versuch lehrte, dass selbst wiederholte Waschungen mit Wasser nicht im Stande waren, den starken Kupfergehalt dieser Hülsenfrüchte genügend zu beseitigen. (Journ. de Pharm. et de Chim. 1888, T. 18, pag. 505. — Arch. d. Pharm. 1889. H. 3.)

319. ***Beiträge zur Cocaïn-Intoxication.*** *Von Dr. Wicherkiewicz. (Therap. Monatsh. 1888. Nov. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 3.)*

Verf. beschreibt mehrere Fälle von Cocaïnintoxication, wo das Mittel nur als Augentropfwasser, resp. zu Umschlägen benutzt wurde. Die Erscheinungen der Intoxication sind meist folgende: Etwa eine Stunde nach der Application treten blitzartige Schmerzen in der ganzen Umgebung des Auges auf. Die letzteren stehen weit offen und treten aus den Augenhöhlen hervor. Die Patienten werden blass, zittern an allen Gliedern, bekommen Erbrechen, unregelmässige Athmung, beschleunigten Puls. Derartige Cocaïnidiosyncrasien werden wohl jedem Augenarzte begegnen. Es kommen eben Fälle vor, wo Patienten das Mittel absolut nicht vertragen können.

320. ***Zur Casuistik der Fremdkörper in der Scheide.*** *A. Sabolotsky* hat, wie er in der geburtsh.-gynäkolog. Gesellschaft zu St. Petersburg in der Sitzung vom 27. October 1888 berichtete, bei einer 24jähr. Nähterin, die über Blutungen und stinkenden Ausfluss klagte, in der Scheide eines der Instrumente gefunden, die man „Damen-Sporen" nennt, bekanntlich gezähnte kleine Gummiringe. Abgesehen von der moralischen Seite der Sache — die Dinger werden öffentlich verkauft — erinnerte *Sabolotsky* an ihre Bedeutung in gynäkologisch-ätiologischer Hinsicht und präsentirte eine Collection der Modificationen des kleinen Instrumentes. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 5.)

321. ***Ueber die innerliche Anwendung des Arseniks gegen Warzen.*** *Von Dr. Püllin. (Journ. méd. de Bruxelles. 1888. 5. August. — Jahrb. f. Kinderhk. Bd. 19. Hft. 1.)*

Verf. theilt 3 Fälle von Heilung der Warzen nach der innerlichen Anwendung der *Fowler*'schen Lösung mit. Von derselben gab er je nach dem Alter 1—6 Tropfen täglich, worauf nach einer Zeit von 10—14 Tagen die Warzen sich abbröckelten und herabfielen. *Dr. Steigenberger*, Budapest.

322. ***Drillingsgeburt.*** *Von Barbier in Lyon. (Lyon méd. 1888. Juni 10. — Centralbl. f. Gynäk. 1889. 8.)*

Barbier demonstrirt in der medicinischen Gesellschaft zu Lyon eine einfache Placenta mit 3 Nabelschnüren und 3 Eisäcken. Die Frau hatte Drillinge nach voller Schwangerschaftsdauer lebend, in Steiss-, resp. Fusslage alle 3, geboren; Gewicht 2400, 1900 und 1750 Gramm. Die Geburt, die 16. der betreffenden, 38jähr. Frau, hatte nur 20 Minuten gedauert.



323. *Pichi, ein neues Sedativum.* Von Dr. *Peyton Green.* *(Wien. med. Blätter. 1888. 29. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 8.)*

Aus den Stengeln und Sprossen der in Chile heimischen Fabiana imbricata wird die Drogue Pichi bereitet, welche in ihrer Heimat bei Reizzuständen der Blase sehr geschätzt wird. Die Wirkung soll auch eine diuretische sein; wirksam sind wahrscheinlich harzartige Bestandtheile. *Green* hat in einer Reihe von Erkrankungen an Blasensteinen und spastischen Blasenmuskelerkrankungen Pichi in Form eines Fluidextractes versucht und fand eine raschere Besserung durch Pichi selbst da, wo andere Mittel machtlos waren; das Mittel scheint also eine sedative Wirkung bei Reizzuständen der Blase und der Urethra zu besitzen, eine steinlösende kommt ihm nicht zu.

324. *Ueber die Lebensdauer bei Mammacarcinom* gibt *Roger Williams* in London (Lancet, 12. Januar 1889. — Berl. klin. Wochenschrift. 1889. 4) aus seiner Hospitalerfahrung eine kurze statistische Uebersicht. Darnach beträgt dieselbe (vom Moment der ersten auffallenden Erscheinungen an gerechnet) für Operirte (30 Fälle) 60·8 Monate, für Nichtoperirte (34 Fälle) 44·8 Monate; der Brustkrebs gehört demnach zu denjenigen Carcinomen, die die relativ beste Prognose geben. Unter seinen Fällen befinden sich 4 Operirte, die das Auftreten der Erkrankung um resp. 137·6, 149·8, 152 und 297 Monate überlebten, sowie 4 nicht Behandelte mit 116·6, 130, 157 und 194·7 Monate. Eine seiner Patientinnen überlebte die Operation um 259 Monate; unter 46 Recidiven betrug die durchschnittliche Dauer bis zum Auftreten neuer Symptome 26 Monate, das Minimum 2·5, das Maximum 130 Monate. Angaben über das Lebensalter der Erkrankten fehlen leider. —r.—

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Aerztlicher Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1887. Im Auftrage des hohen k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht durch die Direction dieser Anstalt. Wien 1889. Aus der k. k. Hof- und Staatsdruckerei. Verlag des k. k. allgemeinen Krankenhauses.

Koch, Dr. J. L. A., Director der k. w. Staatsirrenanstalt Zwiefaltern. Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. Mit besonderer Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Studirenden, der praktischen Aerzte und der Gerichtsärzte. II. verbesserte und vermehrte Auflage. Ravensburg, Verlag der Dornschen Buchhandlung, 1889.

Ladendorf, Dr. August, in St. Andreasberg. Das Höhenklima in meteorologischer, physiologischer und therapeutischer Beziehung. Erster Theil: Das solare Klima. — Das Höhenklima. Berlin 1889, Verlag von Eug. Grosser.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druckfehlerberichtigung.

Im 4. Hefte, XXX. Jahrgang, S. 122, Zeile 28 von oben, soll es statt „Kisch verwirft die Anschauung", richtig heissen: „Kisch vertritt die Anschauung".

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

325. ***Ueber das Coma diabeticum und dessen Behandlung.*** *Von Prof. v. Ziemssen. (Münchn. med. Wochenschr. 1888. 1.)*

Anknüpfend an einen Vortrag *v. Voit's* im „Aerztlichen Verein München" über Zuckerharnruhr, besprach *v. Ziemssen* auch den im Titel genannten Gegenstand: *Stadelmann* und neuerdings *Minkowski* und *Külz* nehmen an, dass die vergiftende Substanz, welche das Coma diabeticum bedinge, die Oxybuttersäure sei. *Stadelmann* hat hierauf nach Versuchen an Thieren den Vorschlag gegründet, man solle auch beim Menschen im Coma diabeticum kohlensaures Natrium in die Venen oder wenigstens subcutan injiciren, und zwar schlug er vor, in 3—5 proc. wässeriger Lösung das Natr. carbonic. in grossen Massen, also literweise, den Organen einzuverleiben. *v. Ziemssen* hat nun in 2 Fällen diesem Vorschlage zu entsprechen versucht, indem er in dem einen Falle grosse Dosen Natr. carbonic. dem Magen einverleibte und im anderen Falle es in Lösung injicirte, und zwar subcutan. Im ersteren Falle war keine nennenswerthe Wirkung ersichtlich, nicht einmal eine vorübergehende Besserung; im letzteren Falle dagegen war eine in der That sehr auffällige Besserung der Allgemeinerscheinungen zu beobachten; die Besinnung kehrte wieder zurück, die schreckliche Dyspnoe, die colossal tiefen Athemzüge liessen nach und der Zustand war wirklich Hoffnung erregend. Aber die Besserung war sehr bald vorüber und das letale Ende trat 24 Stunden später ein. Bei der bisherigen gänzlichen Hoffnungslosigkeit des Zustandes, den man Coma diabeticum nennt, sollte man indessen diesen Angriffspunkt weiter berücksichtigen und möglichst grosse Mengen von Natr. carbonic. wenigstens subcutan injiciren, was ja ohne alle Schwierigkeit und ohne grosse Belästigung für den Kranken möglich ist. *v. Ziemssen* bemerkt noch, dass die vielen Fälle von Coma diabeticum, die er gesehen hat, lauter solche waren, in denen das Coma eintrat trotz strengster Diabetesdiät, und er ist deshalb mehr und mehr von dieser lange fortgesetzten, strengen Diabetesdiät zurückgekommen. Er ist der Meinung, dass, wenn zu lange und zu stricte die Kohlenhydrate vermieden werden, der Organismus diesen Mangel an Kohlehydrate nicht ertragen kann, auch wenn ziemlich viel Fett zugeführt wird. *v. Ziemssen* theilt folgende Beobachtung mit: Ein

in München lebender Herr, der Chemiker ist und Diabetiker, und zwar ein gemässigter — er kommt niemals über 2 Proc. schon seit Jahren, — der vorsichtig lebt, ohne es in irgend einer Weise zu übertreiben, hatte eine Tochter (die jetzt nicht mehr am Leben ist), die auch an Diabetes erkrankte, und er hat als Chemiker im Interesse der Tochter, wie er glaubte, mit der grössten Liebe die Diabetesdiät mit einer Strenge durchgeführt, die Alles übertrifft, was vielleicht sonst vorkommt im täglichen Leben, und trotzdem und vielleicht gerade wegen dessen wurde das Mädchen comatös und ging in diesem Coma zu Grunde. *O. R.*

326. ***Darlegung der Hauptbedingung für die Ueberanstrengung des Herzens.*** *Von* **Sommerbrodt.** *(Berlin. klin. Wochenschr. 1889. 5. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 4.)*

In den letzten 20 Jahren ist die Frage vielfach erörtert worden, ob durch körperliche Ueberanstrengungen Erkrankungen des Herzens bedingt werden. Es wurde eine grosse Zahl sorgfältiger klinischer Beobachtungen mitgetheilt, so dass die meisten Autoren sich für einen derartigen Zusammenhang erklärten, indem sie annahmen, dass starke körperliche Anstrengung unter gewissen Bedingungen eine „Ueberanstrengung des Herzens“ und diese wiederum die sich verschiedentlich äussernde Erkrankung des Herzens bedinge. Auch *Sommerbrodt* schliesst sich dieser Ansicht voll an und untersucht in vorliegender Arbeit diejenigen Bedingungen, unter welchen eine Ueberanstrengung des Herzens zu Stande kommt. Er gelangt nun zu folgenden Resultaten: Muskelarbeit erhöht den arteriellen Blutdruck. Sie vermindert den Gehalt an Sauerstoff und vermehrt den Gehalt an Kohlensäure im Blute. Die Vermehrung der Kohlensäure im Blut beeinflusst die Innervation der Athmung derart, dass die Athmung vertieft und beschleunigt wird. Vertiefte beschleunigte Athmung steigert den intrabronchialen Druck; dadurch werden die in der Bronchialschleimhaut endigenden sensiblen Nerven der Lunge gereizt. Endlich wird durch diese Reizung ein Reflex ausgelöst, indem von hier aus die vasomotorischen Nerven im depressorischen Sinne beeinflusst werden, also die Gefässwände entspannen. Diese Entspannung der Gefässwände nun ist das Wesentliche, denn sie vermindert den arteriellen Blutdruck, stellt also die Compensationsvorrichtung dar gegen den durch Muskelarbeit erhöhten arteriellen Blutdruck, welcher natürlich an das Herz stärkere Anforderungen stellen würde. In allen Fällen nun, in denen erfahrungsgemäss Ueberanstrengung des Herzens erfolgt, z. B. beim Heben grosser Lasten, bei anstrengenden Märschen mit gleichzeitigem Tragen grösserer Lasten (Weinbergsarbeiter, Soldaten), bei anstrengender Arbeit in gebückter Haltung (Minenarbeiter), bei anstrengender Muskelarbeit älterer Leute, ist diese Compensationsvorrichtung gestört, entweder weil während der anstrengenden Arbeit die Athmung suspendirt wird, oder zwar beschleunigt, aber nicht vertieft, sondern oberflächlich ist, so dass die zur Auslösung des Reflexes nothwendige intrabronchiale Drucksteigerung ausbleibt, oder weil, wie bei den älteren Leuten, die Gefässwände so entartet sind, dass eine Erweiterung derselben und damit eine Entspannung nicht zu Stande kommt, trotzdem alle Bedingungen zum Zustandekommen des Reflexes gegeben



sind. So muss also ein Herz, das unter solchen Bedingungen arbeitet, in Folge des erhöhten arteriellen Blutdruckes unter erhöhter Anstrengung arbeiten und daraus resultiren bei prädisponirten Individuen Erkrankungen des Herzens.

327. ***Asthma und Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuale).*** *Von* ***Peyer.*** *(Berliner Klinik. 9. Heft.)*

Nach Verf. findet man in einer nicht geringen Anzahl von Asthmafällen sowohl beim männlichen als weiblichen Geschlechte sexuelle Erkrankungen, welche auf den Bahnen des sympathischen Nervensystemes diese Anfälle erzeugen. An der Hand von 11 Fällen beim männlichen Geschlechte (9mal Spermatorrhoe) und 5 Fällen des weiblichen Geschlechtes, welche vom Verf. genauer beschrieben werden, bespricht er die Bedeutung und den Einfluss sexueller Erkrankungen in Bezug auf die Entstehung des Asthmas. Bei fast sämmtlichen männlichen Kranken war ausser dem Asthma noch eine Reihe nervöser Symptome vorhanden, die man gegenwärtig unter dem Namen sexuelle Neurasthenie auffasst. Fast ausnahmslos wird dieselbe durch den Abusus sexualis bedingt. Bei den weiblichen Kranken fand Verf. mehr oder minder hochgradige hysterische oder nervöse Symptome, die, wie das Asthma selbst, von dem Uterusleiden abhingen. Die meisten Anfälle waren in den Fällen des Verf. durch blosse heftige geschlechtliche Aufregung, oder durch den sexuellen Act selbst oder endlich durch nächtliche Pollutionen ausgelöst. Das sexuelle Asthma biete eine günstige Prognose. Verf. hat schwere Fälle beobachtet, in denen seit Jahren kein einziger Anfall mehr auftrat. Die Therapie des sexuellen Asthma fällt vollständig zusammen mit derjenigen des Grundleidens. Onanie und Coitus imperfectus können bei nervös angelegten Individuen eine sexuelle Neurasthenie hervorbringen. Gewöhnlich bedarf die Therapie des sexuellen Asthma sowohl von Seiten des Arztes als des Patienten recht viel Ausdauer. *v. Swiecicki.*

328. ***Ueber Asthma nervosum.*** *Von Dr.* ***H. Schmidtborn in Mainz.*** *(Volkmann's klin. Vorträge. 328.)*

Das eigentliche Wesen des A. nervosum besteht in einer ererbten oder erworbenen Prädisposition, die nur eines hinzutretenden Reizes bedarf, um zum Ausbruche eines Anfalles Veranlassung zu geben. Diese Reize erfolgen, wie man jetzt annimmt, durchwegs auf dem Wege des Reflexes, meist von den Luftwegen, besonders der Nasenschleimhaut, gelegentlich auch von anderen Theilen des Körpers aus. Auch Gemüthsbewegungen können einen Unfall hervorrufen. Das Asthma reiht sich also ätiologisch der Epilepsie an. Dieser Ansicht gegenüber steht eine andere Theorie, welche gleichfalls das Asthma auf nervöse Störungen zurückführt und es als vasomotorisches Phänomen hinstellt, indem durch Reizungen sensibler Nerven sich die Gefässe der Bronchialschleimhaut erweitern und so zur Schwellung derselben führen sollen. Es würde sich dabei somit um eine Reflexlähmung handeln. Verf. bekennt sich als Anhänger der ersteren, der Reflexkrampftheorie, und weist zunächst auf die Athemmuskel hin, deren Action sowohl hinsichtlich der Ein- als auch der Ausathmung erheblich verstärkt ist. Das Zwerchfell zeigt dabei insoferne



ein abweichendes Verhalten, als es in einem tonischen Krampfe beharrt, während die übrigen Muskel den Rhythmus einhalten. Die Zahl der Athemzüge ist meist herabgesetzt, auch ist der Typus der Athmung verändert, indem die Ausathmung verlängert ist. Die Gesichtsfarbe ist blass und cyanotisch, die Stirne von Schweiss bedeckt, die Herzschläge heftig und unregelmässig, der Radialpuls schwach und klein, die Temperatur an den Extremitäten gesunken. Zu den subjectiven Symptomen gehört noch die Empfindung, als ob die Brust zusammengeschnürt werde, ein Symptom, welches man von dem der Athemnoth wohl auseinanderhalten muss, welch letztere durch ungenügende Blutzufuhr zu den Muskeln hervorgerufen wird. Die Symptome des Asthmas treten mit Vorliebe bei solchen Reflexen auf, die exspiratorischer Natur sind, speciell bei Reizen, die den Trigeminus treffen. Der asthmatische Anfall wird häufig durch Niessen und Husten eingeleitet oder begleitet. Man kann sich sehr wohl vorstellen, dass der pathologische Effect dieser respiratorischen Reize einen Krampf der Lungenarterien hervorzubringen vermag. Wohl zu unterscheiden vom A. nervosum ist das A. cardiale, bei dem das Hinderniss im Herzen liegt und die Lungengefässe voll sind, während sie beim A. nervosum leer gefunden werden. Dem A. cardiale ist klinisch verwandt das sogenannte A. dispepticum, bei dem das Hinderniss gleichfalls im grossen Kreislaufe liegt. *v. Buschman.*

329. ***Ist die perniciöse Anämie eine selbstständige Krankheit?*** *Von Dr.* ***William Hunter.*** *(Practitioner. August 1888. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 1.)*

Gegenüber den in neuerer Zeit wiederholt gemachten Versuchen, die perniciöse Anämie nur als eine aus den verschiedensten Ursachen entstandene schwere secundäre Anämie zu betrachten, hält *Hunter* das Leiden für ein primäres, dessen Entstehung aus einer die Blutbildung schädigenden Ursache zu erklären ist. Nach Verf. charakterisirt sich dasselbe als ein besonderes, klinisch und anatomisch abgegrenztes Krankheitsbild durch Folgendes: 1. Viele Zählungen haben ergeben, dass die Verminderung der rothen Blutkörperchen bei ihr viel erheblicher ist, als bei allen anderen Formen der Anämie, insbesondere erheblicher, wie bei den als Begleiterscheinungen bösartiger Krankheiten auftretenden. Diese starke Oligocythämie ist nicht eine Folge der häufig bei perniciöser Anämie vorkommenden Blutungen, denn sie findet sich auch in Fällen ohne Blutungen, und es gelingt nicht, beim Thier durch wiederholte Blutentziehungen solche Oligocythämie hervorzurufen, wie sie der perniciösen Anämie eigenthümlich ist. — 2. Die der perniciösen Anämie eigenthümliche, für die Anzahl der rothen Blutkörperchen unverhältnissmässig grosse Hämoglobinmenge unterscheidet diese Krankheit von den anderen Arten der Anämie. Bei der durch Blutverlust entstandenen Anämie ist die procentische Verminderung der Hämoglobinmenge erheblicher, als die der rothen Blutkörperchen und bei der Rückkehr zum normalen Zustand wird hier die normale Zahl der Blutkörperchen eher erreicht, als die normale Hämoglobinmenge. — 3. Die Poikilocytose ist für keine Art der Anämie charakteristisch, sondern hängt lediglich von dem Grade der vorhandenen Hydrämie ab.

Bei der perniciösen Anämie tritt sie mehr in den Vordergrund, weil hier die Hydrämie am grössten zu sein pflegt. Bei der durch Blutentziehung hervorgebrachten Anämie tritt die Poikilocytose weniger hervor, als bei der durch Injection destructiver Agentien (Pyrogallussäure) in die Blutbahn hervorgebrachten, weil bei der letzterwähnten Versuchsanordnung die Hydrämie grösser wird, als bei der ersteren. Mikrocyten finden sich in fast allen Fällen von perniciöser Anämie zu irgend einer Zeit oder während der ganzen Dauer der Krankheit. Da sie jedoch auch bei anderen Krankheiten gefunden wurden *(Afanassiew)*, so sind sie nicht pathognomonisch für perniciöse Anämie. Der Auffassung der perniciösen Anämie als einer primären Erkrankung widerspricht nach Verf. nicht die Thatsache, dass die Krankheit bisweilen in Verbindung mit verschiedenen anatomischen Organveränderungen auftritt. Auch auf das häufige Vorkommen anderer, meist atrophischer Veränderungen im Magen und Darm bei perniciöser Anämie darf kein zu grosses Gewicht gelegt werden, weil dieselben zu verschieden sind und alle auch häufig ohne perniciöse Anämie vorkommen. Ferner können Eingeweidewürmer (Anchylostoma, Bothriocephalus) nicht die alleinige Ursache der bei ihrem Wirthe vorkommenden Anämie sein, da bei Anchylostoma die Anämie nicht immer im Verhältniss zur Zahl der Würmer steht und bisweilen fehlt, obwohl viele Würmer vorhanden sind, und da auch bei dem Vorkommen von Bothriocephalus die Anämie nicht constant ist.

330. ***Ein Fall von Fettstuhlgang mit gleichzeitiger Glycosurie.*** *Von Dr. **C. le Nobel.** (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. XLIII. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 9.)*

Der seit Mai 1885 immer kraftloser und magerer werdende 61jährige Kranke wurde zufällig darauf aufmerksam, dass seine Stühle geschmolzenem Fett ähnlich sähen. Auf der *Rosenstein*schen Klinik in Leyden wurde (November 1885) constatirt, dass die buttergelben Fäces sauer reagirten, in deren Aetherextract sich Oel-, Stearin- und Palmitinsäure fanden, die fettsauren Salze aber (Calciumverbindungen der Fettsäuren), alle Gallenbestandtheile, Schwefelwasserstoff, Indol, Scatol, Leucin, Tyrosin, Pepton, Harnstoff, Acid. uricum, Kreatin, Kreatinin, Nuclein, Hämatin, Amylum, ferner fast vollständig Mikroorganismen fehlten. Die wässerige Lösung der Asche enthielt K, Na, kein NH_3 und Cl. Die bei dem Kranken vorhandene Glycosurie (0·4—2·8%) zeigte sich ganz von der Nahrung abhängig, im Morgenharn fand sich durchschnittlich keine Reduction. Fettstühle allein zwingen noch nicht zu der Annahme einer Pancreasaffection, da auch die Galle Fett zu emulgiren vermag und *Hartsen* bei völliger Pancreasatrophie Fettstühle vermisste; allein das Fehlen aller Fäulnissproducte im Stuhl spricht für das Fehlen des Pancreasfermentes, welchem, wie dem (vielleicht durch die saure Reaction der Fäces unwirksam gemachten) *Bienstock*'schen Bacillus, die Fähigkeit, aus dem Eiweiss Indol, Scatol etc. zu liefern, zugeschrieben wird.



Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

331. ***Der Typhus im Münchener Garnisonslazareth unter dem Einfluss der methodischen Bäderbehandlung (Brand).*** *Von Oberstabsarzt Dr. A. Vogl in München. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 43. u. 44. Bd.)*

Verf. vertritt bekanntlich die *Brand*'sche Methode der Typhusbehandlung auf Grund reichlicher Erfahrungen. Die vorliegende 100 Seiten starke Arbeit hat den Zweck, den Werth dieser Behandlungsmethode auch durch eine vorwurfsfreie Statistik sicherzustellen. Es wird zunächst die Morbidität und Mortalität des Typhus: 1. in der Periode der medicamentös eingreifenden Behandlung, 2. in der einer mehr exspectativen mit einzelnen Bädern verbunden, und 3. in der Periode der Bäderbehandlung gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass das Jahr 1868, die wirkliche Einführung der Bäderbehandlung, „der Wendepunkt der Mortalität und zugleich der Anfang der Bäderbehandlung nicht blos bei uns, sondern auch anderwärts gewesen". Wenn, unabhängig von theoretisch noch unerledigten Fragen, die meisten Kliniker dahin übereinstimmen, dass im Ganzen Temperaturerhöhung und Schwere der Krankheit zusammengehen, so muss auch in dem Gelingen, die 24stündige Durchschnittstemperatur zu mässigen, ein therapeutischer Erfolg gesehen werden, weil die gleichzeitige Besserung aller Symptome ein Beweis dafür ist, dass mit der Herrschaft über die Temperatnr eine solche über die Krankheit gewonnen ist. *Vogl* zeigt nun, dass vom Beginn der Wasserbehandlung bis zur systematischen Einführung derselben die Mortalität in München 15·2 Proc. betrug, während dieselbe von der Einführung an (Beobachtungszeit 1872 – 1882) auf 6·5 Proc. herunterging. Diese 6·5 Proc. sind berechnet aus 7·6 Proc. bei combinirter Behandlung (Bäder mit Chinin) und aus 2·7 Proc. bei streng methodischer Bäderbehandlung. Fügt man hierzu noch die seit jener Zeit verflossenen 5 Jahrgänge (1882—1886) mit streng methodischer Bäderbehandlung und einer Durchschnittsmortalität von 3·5 Proc., so ergibt sich für die streng methodische Bäderbehandlung (nach *Brand*) innerhalb 12 Jahren eine durchschnittliche Mortalität von 3 Proc., somit eine Differenz von der Mortalität vor der Bäderbehandlung um 17·7 Proc. Im II. Theile seiner Abhandlung prüft nun *Vogl* den Einfluss der methodischen Bäderbehandlung auf die Erscheinungen des Typhus seitens 1. der Körperwärme, 2. des grossen und kleinen Kreislaufes, 3. des Nervensystems, 4. des Darmtractes, 5. der Secretionsorgane. Leider müssen wir wegen Raummangel bezüglich dieses an vorzüglichen Beobachtungen und Bemerkungen reichen Theiles den Leser auf das Original verweisen. Auf pag. 92 und 93 gibt Verf. folgende beherzigenswerthe Winke in Betreff der Durchführung der Bäderbehandlung. Es handelt sich dabei viel weniger darum, im Einzelfalle Zahl, Temperatur, Dauer der Bäder u. s. w. festzustellen, als vielmehr darum, dass durch den Vollzug der festgesetzten Formel bis in's Detail die gewünschte Einzel- und Gesammtwirkung der Bäder angestrebt wird; man



muss Hunderten von solchen Bädern beigewohnt haben, um die hohe Bedeutung der kleinsten Factoren für Kranke und Krankheit selbst würdigen und auch dem Wärterpersonal begreiflich machen zu können. Gewöhnlich wird die Restaurirung des Badenden vor, während und nach dem Bade, die fortwährende Tractirung der Körperoberfläche im Bade, die lebhafte Frottirung nach dem Bade, die Erwärmung des Bettes u. s. w. nicht nach der gegebenen Vorschrift in einem wie in dem anderen Falle gewissenhaft durchgeführt, mitunter auch die Dauer des Bades ungebührlich ausgedehnt. Gerade in der Vermeidung der Härte liegt zum grössten Theil die Ermöglichung, die Methode mit Consequenz und Energie durchzuführen. Nicht geringer sind die Verstösse, welche ungenügende Wirkungen verursachen: der Kranke wird in ein Bad gesetzt, welches durch den eben herausgenommenen Patienten höher als 14° R. temperirt ist, er bleibt nicht die vorgeschriebene Zeit hindurch im Bade, ein schlechter Wärter schenkt Nachts unter falschem Eintrag der gemessenen Temperatur sich und dem Kranken ein Bad. Selbstverständlich ist der Arzt der Pflicht nicht entbunden, seine Typhuskranken 2mal des Tages zu besuchen und zu beobachten, ebenso wie bei jeder anderen Therapie. Die wichtige Bedeutung des Abendbesuches und die Anordnung für die Nacht bleibt auch hier von Geltung. Die *Brand*'sche Methode der Typhusbehandlung mit Bädern ohne innere Antipyretica lässt sich in Kürze dahin zusammenfassen: Alle drei Stunden ein Bad von 15° R. 15 Minuten lang, so oft Tag und Nacht die Temperatur 39·5° C. und darüber misst. Zugleich häufig gewechselte kalte Compressen auf den Unterleib. Hierher gehören auch das Verfahren von *Winternitz* mit Halbbädern, 20—18° R., Uebergiessungen und Frictionen, sowie fleissig gewechselten Stammumschlägen, und das Verfahren von *Jürgensen*: Vollbad von 12—15° R. bei 39—40° C. in der Dauer von 10 bis 15 Minuten, bei sehr hohen Temperaturen Bäder von 8—12° R. 5—10 Minuten lang nebst Einpackungen in nasse Leintücher. Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen: „1. Da kaum mehr eine Meinungsverschiedenheit darüber besteht, dass den Bedingungen grösster Einfachheit und Energie mit völliger Gefahrlosigkeit durch die *Brand*'sche Methode in hervorragendem Masse genügt wird, so dürfte sich ihre Formel für die Behandlung des Abdominaltyphus normal angelegter Menschen mittleren Lebensalters zur Aufnahme in die allgemeine Praxis empfehlen; für den Typhus im Kriege wünschte ich ihr eine bindende Bedeutung beigelegt. 2. Herabsetzung der Temperatur des Bades, sowie Verabreichung der Bäder schon bei etwas tieferer Körperwärme, als hier festgesetzt, können als Verschärfung der Methode in Anwendung kommen und in allen Fällen, welche durch primäre und secundäre Complicationen eine Milderung erwünscht machen, steht die Abkürzung des kalten Bades und dann das anfangs warme, allmälig abgekühlte Bad von *v. Ziemssen* zur Verfügung. 3. Bei absoluter Contraindication jeder Badeprocedur — zeitlich oder für den ganzen Verlauf — ist die medicamentöse Antipyrese unentbehrlich, also nicht als Ergänzung, sondern nur als Ersatz der Hydrotherapie. Ein exspectatives Verhalten ist angesichts der Leistungsfähigkeit der heutigen Therapie nicht mehr statthaft“. *O. R.*



332. ***Die Schwitzbäder in physiologischer und therapeutischer Beziehung.*** *Von Dr. A. **Frey** in Baden-Baden. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 332.)*

Nach allgemeinen Bemerkungen über Wärmeregulirung durch die Haut und Bedeutung des Schweisses für die Körpertemperatur betont Verfasser, dass Lungen und Nieren bezüglich der Wasserausscheidung an ziemlich enge Grenzen gebunden sind, während die für gewöhnlich einen halben Liter täglich betragende Wasserabgabe durch die Haut leicht auf 2—3, ja selbst auf 10 Liter gesteigert werden kann. Hierauf beruht vornehmlich die Wirkung der Hydrotherapie und speciell der Schwitzbäder. Man unterscheidet irisch-römische Schwitzbäder (trockene Luft von 65° C.) und russische (Dampfbad von 45° C.). Der künstlichen Erhitzung muss stets die Abkühlung folgen. Mehrmaliges Wechseln der Temperatur steigernden und herabsetzenden Agentien erhöht die Wirkung, die sich aus drei Factoren zusammensetzt: thermische Reizeffecte, Wärmezufuhr und -Abgabe und Gegenwirkung des Organismus gegen die hierdurch erzeugten Veränderungen. Wir haben also in den Schwitzbädern ein Mittel, um unter Temperatursteigerung die Stoffwechselvorgänge zu beschleunigen und die Ausscheidung der Endproducte derselben zu befördern, ferner, um durch lebhafte Circulation in der Haut das hämostatische Gleichgewicht zu verschieben und die Wasserabgabe zu vermehren. Den ausgiebigsten Gebrauch von den Schwitzbädern machen wir, um eine Anregung und Beschleunigung der Oxydationsvorgänge einzuleiten, eventuell zu erhalten, u. zw. zu dem Zwecke, um durch den lebhafteren Sauerstoffverkehr im Blute die Wehrkraft des Körpers gegen Mikroorganismen zu erhöhen, oder krankheitserregende Endproducte des Stoffwechsels weiter zu verbrennen und schliesslich auszuscheiden. Da unter dem lebhaft gesteigerten Stoffwechsel reichlich Körpermaterial verbrannt wird, so haben wir in den Bädern ein Mittel, um bei unzureichender Zufuhr fester und flüssiger Nahrung das Körpergewicht zu reduciren, oder um, Gebrauch machend von der appetitsteigernden Wirkung, bei reichlicher Nahrung die Anbildung von Gewebebestandtheilen zu befördern. Weiters bezwecken wir mit Schwitzbädern bei den verschiedenen Herzaffectionen die Compensation zu erhalten, stabil zu machen oder auch wieder herzustellen. Von der nach der Haut ableitenden Wirkung der Schwitzbäder machen wir Gebrauch in vielen Fällen von Erkrankung innerer Organe, die aus Blutstauungen resultiren oder solche herbeiführen. Schliesslich wäre noch der diätetische Werth der Schwitzbäder zu erwähnen. Contraindicirt sind die Schwitzbäder bei fieberhaften Zuständen, Consumption, Atheromatose und Aneurysmen, überhaupt bei allen Degenerationszuständen des Herzens und der Gefässe.

v. Buschman.

333. ***Kreosot mit Leberthran combinirt*** empfiehlt ***Seiz*** *in Heidelberg. (Therap. Monatsh. 1.)* nach folgender Formel:

Rp. *Creosot 2·5,*
Ol. jecor. asell. 200·0,
Saccharini 0·1.

MDS. 1-, 2- bis 3 Mal täglich 1 Kaffee- bis Esslöffel zu nehmen.



Diese Verordnung gilt für Erwachsene, für Kinder sind entsprechend geringere Dosen zu verabreichen. Durch den Zusatz von Kreosot zum Leberthran wird zunächst der Geschmack desselben verbessert, indem er an dem von geräuchertem Schinken erinnert. Bei allmäligem Steigen der Gabe kann der Leberthran in dieser Form sehr lange Zeit fortgereicht werden, ohne dass der Appetit darunter leidet. *—r.*

334. ***Zur Behandlung der Bronchopneumonie der Kinder.*** *Von Dr.* **Tordeus**. *(Semaine méd. 1888. 22. — Allg. med. Central-Ztg. 1888. 54.)*

Im acuten Stadium der Krankheit, wenn kein Kräfteverfall vorhanden, 0·01 bis 0·02 Apomorphini mur. pro die, als Antipyreticum Antipyrin. Bei intensiver Dyspnoë und Kräfteverfall:

Rp. *Ammonii carb. 1·0,*
Spir. rectificatiss. 10·0,
Syr. aether. 20·0,
Aq. dest. 100·0;

stündlich 1 Kaffeelöffel. Unmittelbar nach dem Beginn des feinblasigen Rasselns sind die Kinder vom Scheitel bis zur Sohle in feuchtkalte Tücher einzuschlagen und die umgebende Luft ist reichlich mit Wasserdämpfen zu vermischen. Vesicatore sind indicirt, wenn an ein und derselben Stelle mehrere Tage hindurch feinblasiges Knisterrasseln besteht, um an dieser Stelle einer werdenden Hepatisation der Lunge zu begegnen. Ist das Fieber geschwunden, die Respiration normal geworden, soll noch ein Inf. Ipecac., 0·3 ad 100·0, Liq. Ammonii anis. 1·0 fortgesetzt werden, um Recidiven zu vermeiden.

335. ***α-Oxynaphtoësäure.*** *Von Dr.* **Helbig** *in Dresden. (Therap. Monatsh. 1889. 2.)*

Für die therapeutische Verwendung bei inneren Krankheiten kommen die Angaben von *Ellenberger* und *Hofmeister* in Betracht. Hiernach durchläuft das Mittel den Körper unzersetzt; es könnte also bei Anwesenheit von Mikroorganismen im Blute und bei Rheumatismus (analog der Salicylsäure) angezeigt erscheinen. Nach den Thierversuchen würden bei Erwachsenen wenige Decigramme der gereinigten *α*-Oxynaphtoësäure in Pillenform wohl keine unerwünschten giftigen Wirkungen haben. Das Natriumsalz würde gegen Gährungsprocesse im Darmcanale und gegen pathogene Organismen dortselbst angezeigt erscheinen. Für die äussere Verwendung hat sich das 0·5% Collodium nach *Lübbert* bewährt. Aufgestrichen trocknet es zu einem festen Häutchen ein, es reizt die Wunde nicht und bietet einen guten Ersatz für Jodoform-Collodium. Nach den Beobachtungen *Helbig's* zeigte sich bei der Behandlung von Geschwüren und Wunden eine 1% *α* Oxynaphtoësäure-Watte wirksam. Sie bewirkte weder eine Störung des Allgemeinbefindens, noch eine örtliche Reizung, die Asepsie war dabei vollständig und auch das Aufsaugungsvermögen für Wundsecrete den wirksamsten der bisher angewandten Verbandwatten gleich. — Zum Zwecke des Versuchs war die Watte ohne eines der üblichen Fixirungsmittel, insbesondere Glycerin, hergestellt. In einer Originalmittheilung berichtet *A. Lübbert*: „Die Versuchsergebnisse waren bei frischer und drei Monate alter Watte gleich. Sie ist



aseptisch keimfrei, d. h. es sind in der Watte keine Mikroorganismen nachzuweisen." Für die Praxis eignet sich derartige Watte des Abstäubens wegen nicht. Man wird deshalb ein Fixirungsmittel, z. B. Glycerin, benutzen und zum Ausgleich anstatt 1% etwas mehr Säure nehmen. Ein befriedigendes Erzeugniss lieferte ein nach Analogie der Sublimat-Watte der Kriegs-Sanitäts-Ordnung angestellter Versuch:

Rp. *Acidi α oxynaphtoïci 3·5,*
Spiritus 250·0,
Glycerini 50·0,
Fuchsini 0·005.

Diese Flüssigkeit kommt auf 200 Grm. Watte; mit Rücksicht auf das Glycerin ergibt sich $\frac{3\cdot5 \times 100}{250} = 1\cdot4\%$ Säuregehalt der trockenen Watte. Die Bereitung der Watte geschah bei den Versuchen selbstredend durch Handarbeit. Die alkoholische Lösung greift hierbei die Epidermis der Hände merklich an. *Ellenberger* und *Hofmeister* fanden bei Thieren eine Salbe (1 : 20) wirksam gegen Räude. Die Menschenhaut wird von Vaselinsalbe 1 : 10 nicht gereizt, letztere erwies sich als ein vorzügliches Antiscabiosum. Gegen Psoriasis zeigte sich die Säure in einem Falle zwar anscheinend wirksam, doch trat binnen wenig Wochen ein Rückfall auf. Sollte sich ein passendes Lösungsmittel, mit Ausnahme von etwaigen Alkalien, welche die Säure binden, finden, so möchte es sich empfehlen, das Verhalten gegen Psoriasis nochmals zu prüfen. —*r*.

336. ***Tabes dorsualis und andere Affectionen des Nervensystems mittelst Suspension behandelt.*** *Von Prof.* ***Charcot****. (Progr. méd. 1889. 3.)*

Dieses zuerst von *Motschatkowsky* in Odessa angewendete Verfahren besteht darin, dass der Kranke mit Hilfe des Apparates, welcher von *Sayre* zur Anlegung seiner Mieder benützt wird, ½—3—4 Minuten im Maximum aufgehängt wird. Auch *Charcot* hat das Verfahren auf seiner Klinik geprüft. Er fängt mit einer ½ Minute dauernden Suspension an und steigt in jeder Sitzung um ½ Minute; alle 15—20 Secunden sollen die Arme der Kranken in die Höhe gehoben werden, damit auf die Wirbelsäule der Zug intensiver wirke. Bei 18 Tabetikern, welche *Charcot* in dieser Weise behandelte, trat in 14 Fällen Besserung schon nach den ersten Sitzungen ein. Zunächst wurde der Gang der Atactischen gebessert, nach 20—30 Sitzungen schwand das *Romberg*'sche Symptom, es schwindet allmälig die Incontinenz der Harnentleerung. Die lancinirenden Schmerzen sollen geringer werden, die Potenz sich steigern. Uebrigens kehrten bei keinem der Kranken die Patellarreflexe wieder und auch die Pupillenerscheinungen blieben unverändert. *Charcot* hält das Verfahren für unschädlich und einer weiteren Prüfung werth. *O. R.*



Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

337. ***Bruch beider Humerusköpfe, entstanden durch Umschlagen in Folge heftiger musculärer Convulsionen bei einer Eclamptischen.*** *Von Dr. Pollaison in Lyon. (Revue de chirurgie. 1888.)*

Dieser vom Verf. mitgetheilte höchst merkwürdige Fall wurde von Prof. *Poncet* bei einer 30jährigen Primapara gefunden, welche einem eclamptischen Anfalle erlegen war. Die beiden Köpfe der Oberarmknochen bieten einander völlig ähnliche und symmetrisch situirte Verletzungen dar, welche in einem Einbruche der vom Knorpel überzogenen Partien jener bestehen. Die Depression war auf der vorderen Partie des Humeruskopfes nahe dem Knorpelrande unmittelbar ober dem Tuberculum minus humeri gelegen. Dieselbe stellt eine Rinne von 2·5—3 Cm. Länge und 5—6 Mm. Tiefe dar, wobei sich der Knorpel gegen den Grund der Rinne einstülpt und am Boden der Rinne zerrissen und fissurirt erscheint. Auf einem senkrechten, durch die Depression geführten Schnitte bemerkt man rechterseits, dass der Knorpel sich gegen den Rand der Rinne zu umbiegt und sich gegen den Fond zu neigt, wo er eine freie Bruchstelle aufweist. Die darunter liegende compacte Knochenlamelle zeigt dieselbe Einstülpung und Fractur wie der Knorpel. Die Lamellen des spongiösen Knochens sind gebrochen und die Maschenräume mit dunklem Blute erfüllt, welches offenbar von einer interossealen Hämorrhagie herrührt. Zur Linken sind die Erscheinungen ähnlich, aber deutlicher. Dort findet man unterhalb des unteren Rinnenrandes ein bewegliches Knochenbruchstück von fast 1 Cm. Durchmesser, umgeben von einem Blutextravasate. Wir haben es also mit wirklichen Knochenfracturen zu thun, die durch die heftigen Muskelcontracturen entstanden sind und für welche Annahme die Beiderseitigkeit und Symmetrie jener spricht. In der Literatur ist ein dem ähnlicher Fall nicht bekannt. Bringt man die Humerusköpfe in die normale Lage, so bemerkt man sofort, dass die Depressionen dem vorderen Rande der Cavitas glenoidalis scapulae entsprechen, welche beiderseits vollkommen in die rinnenförmigen Einbrüche hineinpasst. Man muss sich daher das Zustandekommen dieser Fracturen so erklären, dass durch die heftige Muskelaction die Humerusköpfe so gewaltig gegen den Pfannenrand angepresst wurden, dass derselbe durch den Knorpel und massige Knochenlamelle in die spongiöse Substanz hineingetrieben wurde. Es muss dies bei einer Adductionsbewegung geschehen sein, ähnlich der, wenn man die Arme kreuzt. Hierbei waren alle Schultermuskeln thätig, denn wenn auch nur der Pectoralis major und der Subscapularis diese Bewegung ausführen, so waren doch die anderen Muskeln nöthig, um durch ihre kräftige Contraction den Humeruskopf am Rande der Fossa glenoidalis festzuhalten. Für die ausserordentlich heftige Muskelcontraction zeugen übrigens blutige Infiltrate in allen Schultermuskeln. Hervorzuheben wäre noch, dass die fracturirten Knochen keine eine abnorme Fragilität bedingende Veränderung zeigten.

Dr. *Baaz.*

338. ***Ueber künstliche Ueberhäutung offener inoperabler Krebse.*** *Von Prof. **Kraske** in Freiburg. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 1.)*

Es ist anerkannt, dass bei einem Krebskranken, dessen Leiden radical nicht mehr gehoben werden kann, der Arzt sein Augenmerk auf die Beschränkung der Jauchung zu richten hat. In vielen Fällen sucht man sich durch palliative Operationen, Ab- und Ausschabungen der zerfallenen Krebsmassen mit oder ohne nachfolgende Cauterisation zu helfen, und wer auch nur einmal gesehen hat, welchen Dienst man beispielsweise einem Kranken mit stark jauchendem Mastdarmkrebse durch eine Ausschabung leisten kann, wie man seinen Zustand manchmal auf längere Zeit hinaus bessert, wird den Palliativoperationen an carcinomatös erkrankten Theilen sicher nicht ohne Weiteres jede Berechtigung absprechen wollen. Als operativen Eingriff, um bei unheilbaren Krebsen seinen Kranken einen erheblichen, wenn auch nur temporären Nutzen zu bringen, empfiehlt *Kraske*, die Geschwürsfläche mit Haut zu bedecken und so den „Cancer apertus" wieder in einen „occultus" zu verwandeln. Man kann diesen Zweck in sehr einfacher Weise dadurch erreichen, dass man nach Abtragung der Geschwürsfläche mit dem scharfen Löffel oder besser mit dem Messer einen oder, wenn es sich um sehr ausgedehnte Ulcerationen handelt, zwei gestielte Lappen aus der gesunden Haut der Nachbarschaft auf die carcinomatösen Flächen aufsetzt und durch einige Nähte in ihrer neuen Lage fixirt. Wenn man die zerfallenen Massen des Geschwürs vollkommen entfernt hat, so dass eine frische Schnittfläche des Carcinoms vorliegt, und wenn die Operation unter strengen antiseptischen Cautelen gemacht ist, so kann man darauf rechnen, dass der Lappen prima intentione auf die krebsige Wundfläche aufheilt. Er heilt um so sicherer auf, je mehr das bindegewebige, gefässführende Stroma in der Geschwulst entwickelt ist; aber auch bei den weichen, sehr zellenreichen Krebsen scheint die Anheilung gewöhnlich mit Leichtigkeit zu erfolgen. Die secundären, durch die Lappenbildung gesetzten Defecte heilen durch Granulation oder können durch Hautüberpflanzungen nach *Thiersch's* Methode rasch zur Ueberhäutung gebracht werden. In zwei vom Verf. mitgetheilten Fällen (58jährige Frau mit Epithelialcarcinom der Haut hinter und ober dem Ohr, sowie der Kopfschwarte nach oben und 49jährige Frau mit Brustkrebs) gelang es, mit Lappen von der angrenzenden Haut den gewünschten Erfolg zu erzielen. Im 3. Falle (63jährige Frau, Carcinom der linken Brust mit stark entwickeltem bindegewebigem und gefässführendem Stroma) gelang es, den Defect mit aus dem Oberarm der Kranken überpflanzten Hautstücken zu decken. Offenbar ist bei dieser eigenthümlichen Art der Wundheilung das Gewebe der aufgepflanzten Haut in erster Linie activ betheiligt; von ihm geht wohl im Wesentlichen die Gefäss- und Narbenbildung aus. Aber auch die krebsige Wundfläche, beziehungsweise das bindegewebige Stroma derselben, spielt sicher dabei eine active Rolle, wie dies der 3. Fall zeigt, bei dem es gelang, Hautstückchen, die aus entfernten Körpertheilen entnommen wurden, auf die carcinomatöse Fläche zu transplantiren und anzuheilen. *O. R.*

339. ***Ueber die frühzeitige operative Behandlung der durch Perforation des Wurmfortsatzes hervorgerufenen Perityphlitis stercoralis.*** *Von Dr.* ***Krafft*** *in Lausanne. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 331.)*

106 Fälle hat Verf. aus der Literatur gesammelt (einige derselben hat er selbst beobachtet), auf Grund von deren eingehendem Studium er den Nachweis zu liefern versucht, dass die Behandlung der Perityphlitis zum Gebiete der Chirurgie gehöre, und dass eine sichere, einen Rückfall ausschliessende Heilung nur von einer operativen Behandlung zu erwarten sei. Die beiden für diesen Ausspruch massgebenden Thatsachen sind folgende: erstens, dass durch die jetzige Behandlung die Recidiven nicht verhindert werden; zweitens dass die Perityphlitis immer von der Entwicklung eines eitrigen Herdes begleitet ist. Als Ursache der Perityphlitis findet sich fast immer eine Perforation des Processus vermiformis, welche in den meisten Fällen durch einen Kothstein herbeigeführt wird. Zur Spaltung des Abscesses wird die typische Incision zur Unterbindung der rechten Arteria iliaca communis gemacht. Die ganz lesenswerthen Details bezüglich der Diagnose und operativen Technik lassen sich in einem kurzen Referate nicht wiedergeben. Zum Schlusse theilt *Volkmann* in einem Anhange mit, dass er im Sommer 1888 zwei Fälle von Perityphlitis nach Verf.'s Angabe mit breiter Incision operirte und in jedem Falle der Kothstein gefunden werden konnte. Beide Kranken sind rasch genesen. *v. Buschman.*

340. ***Ein Fall von glücklicher Milzexstirpation.*** *Von Prof.* ***Kocher****, Bern. (Correspondenz-Bl. f. Schweiz. Aerzte. 1888. 21. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 15.)*

Die 51jährige, früher gesunde, namentlich niemals syphilitische oder malariakranke Frau bemerkte vor 4 bis 5 Jahren eine Härte auf der linken Seite vor dem Rippenbogen. Langsame Zunahme der Geschwulst, Abmagerung der Pat. Stat. praes. vom 12. Juni 1888: Starke Abmagerung. Multiple vergrösserte Lymphdrüsen in den Leistengegenden. Im linken Schilddrüsenlappen ein kirschgrosser, derber Knoten. Abdomen sehr stark aufgetrieben, besonders links, und sehr gespannt. Starke ectatische Venen. Obere Lebergrenze am oberen Rande der 6. Rippe, die untere 2 Finger breit unter dem Rippenbogen. Bei der Palpation fühlte man den freien Leberrand etwas unterhalb der Percussionsgrenze. Die ganze linke Bauchgegend war von einer grossen, gleichmässig derben, sehr wenig beweglichen Geschwulst eingenommen, die sich nach rechts, gegen die Beckenhälfte fast bis zur Mammillarlinie erstreckte, in der Mittellinie die Symphyse erreichte und 4 Finger breit oberhalb über den Nabel hinüberging. Geschwulstrand scharf, deutlich zu palpiren, zeigte ober- und unterhalb des Nabels je eine tiefe Incision. Urin gering eiweisshältig. Blut sah ziemlich flüssig aus. Die rothen Blutkörperchen von normaler Form. Weisse Blutkörperchen nicht merkbar vermehrt, 1 : 426.552. Hämoglobingehalt 102 Proc. Operation am 30. Juni. 25 Cm. langer Schnitt in der Mittellinie, dem später noch in Nabelhöhe ein Querschnitt durch den linken Rectus abdom. hinzugefügt wurde. Sehr erschwerte Enucleation der Milz wegen flächenhafter Verwachsungen, Blutungen u. s. w. Doppelnaht der Bauchwunde,



Verband. Die exstirpirte Milz hatte ungefähr die Form einer normalen Milz, nur war auf der concaven Seite von oben nach unten ein mannesarmdicker, vorspringender Wulst bis zum unteren Viertel herunter zu sehen. Am Rande und an der concaven Seite zahlreiche Einschnitte. Gewicht 3530 Grm., Länge 33·5, Breite 19·5, Dicke 11·0 Cm. Grösster Querumfang 47, grösste Peripherie 86, grösster Längsumfang 76 Cm. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Wesentlichen eine Hyperplasie des Milzgewebes. Die Pat. wurde am 15. August 1888 entlassen. Leber stark vergrössert. Parallel dem linken Rippenbogen fühlte man einen scharfen Rand, wie von einer Milz. Verschiedentlich leichte Drüsenschwellungen. Blut stark mikrocytenhaltig; rothe Blutkörperchen verringert, weisse vermehrt; weisse zu rothen = 1 : 138—140. Verf. möchte trotz des negativen Ausfalls der histologischen Untersuchung den Milztumor als malignes Lymphom, beziehungsweise Lymphosarcom, ansprechen. Die Gründe für diese Annahme findet er in dem Vorhandensein zahlreicher kleinerer und grösserer regionärer Metastasen und in der nicht zurückgehenden Leberschwellung.

341. ***Eine neue Methode der Sectio alta (Sectio alta intraperitonealis) etc.*** *Von Prof.* ***Rydygier****, Krakau. (Wiener med. Wochenschr. 1888. 15—17. — Münchn. med. Wochenschr. 1889. 2.)*

Rydygier schlägt vor, um die in jeder Modification immerhin noch unverlässliche Blasennaht analog der sicheren Darmnaht zu gestalten, beim hohen Steinschnitt die Peritonealhöhle zu eröffnen und die Blasenwunde und Naht an dem vom Peritoneum bedeckten Theile der Blase anzulegen. Die Blase wird zuvor durch warme Salicyl- oder Borsäurelösungen gründlich ausgewaschen und durch einen Theil der zurückgelassenen Spülflüssigkeit mässig gefüllt. Der Katheter bleibt während der Operation liegen und wird abgeklemmt. Nach dem Freilegen der Blase durch den gewöhnlichen Bauchschnitt in der Linea alba, jedoch ohne dass der Raum unterhalb der Peritonealfalte eröffnet wird, soll das Organ vor dem Einschneiden durch Fadenschlingen oder Häkchen vor die Bauchwunde gezogen und nach dem Ablassen der Füllungsflüssigkeit eingeschnitten werden. Gegen das Eindringen von Blaseninhalt in die Bauchhöhle kann man sich durch untergelegte Jodoformcompressen oder durch vorheriges Einnähen eines Stückes der Blasenwand in die Bauchwunde sichern. Die Form der Naht gleicht der vom Verf. bei Darmwunden verwendeten zweireihigen Kürschnernaht. Für die nächsten 8—12 Tage wird, um eine stärkere Füllung der Blase und damit eine Zerrung der Naht zu umgehen, der Urin durch einen Verweilcatheter dauernd abgeleitet. Die Empfehlung dieser Methode stützt sich auf Thierversuche und eine in der angegebenen Weise am Menschen erfolgreich ausgeführte Sectio alta bei alkalisch faulem Urin und grossem Stein.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

342. ***Trismus traumaticus in Folge Eindringens einer Borste aus einer Zahnbürste in die Pulpa eines oberen Molaris.*** *Von* ***P. Ungvári*** *in Szegedin. (Zahnärztl. Wochenblatt. 1888. II. 13. — Centralbl. f. die ges. Therapie. 1889. 3.)*

Verf. berichtet über einen 30—35jährigen Pat., der beim Reinigen der Zähne plötzlich von einem heftigen Zahnschmerz befallen wurde und zwei Stunden darauf bekam er Kinnbackenkrampf. Die Ursache lag in einer Zahnbürstenborste, die in den Pulpencanal des cariösen ersten oberen rechten Molaris gedrungen war. Obgleich Pat. den Mund in Folge des Trismus nicht öffnen konnte, gelang es dem Verf., die Borste zu entfernen. Einige Stunden darauf hörte der Zahnschmerz und allmälig auch der Trismus auf.

343. ***Zur Behandlung einiger häufig vorkommenden Bindehauterkrankungen.*** *Von* ***Höltzke.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1888. 48. — Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. 1889. Februar.)*

Verf. betrachtet ebenso bei der Conjunctivitis simplex, als beim Trachom die Pinselungen mit Argentum nitricum als das souveräne Mittel. Daneben lässt er bei denjenigen Fällen des chronischen Catarrhs, welche mit mässiger Secretion, schmutziger Verfärbung und sammtartiger Beschaffenheit der Bindehaut einhergehen, das Zincum sulfuricum 0·5 : 60·0 und in schwereren Trachomfällen die mechanische Entfernung der Körner mittelst Auspressen, Auskratzen, Glühhitze und Excision kleiner Schleimhautfalten gelten. Für ältere mit Pannus complicirte Trachomfälle empfiehlt er ausser dem Spray mit 1% Cuprum sulfuricum-Lösung die Application mit Jodoform in den Fällen, wo sulzige Infiltrationen fehlen. Der Follicularcatarrh erfordert eine milde, häufig nur diätische Behandlung oder, ähnlich wie leichtere Fälle von chronischer Conjunctivitis, Bleisalbe oder Calomel.

344. ***Farbige Brillen für Farbenblinde.*** *Von Dr.* ***Fränkel.*** *(Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1889. 2.)*

Es ist bekannt, dass Farbenblinde ihre Verwechslungsfarben unterscheiden können, wenn diese Farben durch die verschiedene Absorption in farbigen Gläsern ihnen verschieden hell erscheinen; ob jedoch farbige Brillen zu diesem Zwecke wirklich in Gebrauch sind, ist Verf. unbekannt. *Fränkel* hat drei Rothgrünverwechslern, die über ihre Fähigkeit der Farbenunterscheidung mittelst Purpurgelatine sehr erfreut waren, derartige Brillen gegeben. Der Eine (Rothblinde) benützt sein Glas seit 2½ Jahren in seinem Beruf, der sichere Farbenunterscheidung verlangt, mit bestem Erfolge; von den Anderen hat *Fränkel* nichts wieder gehört. Da Verf. unter den färbigen Gläsern kein passendes fand, so hat er mit Anilinpurpur gefärbte Glyceringelatine im flüssigen Zustande zwischen zwei zu dem Zwecke hergestellte Plangläser eingeschlossen und diese als Klemmer fassen lassen. Man darf die Nuance wegen des Lichtverlustes nicht zu dunkel wählen und die Gläser müssen, so lange sie nicht im Gebrauch sind, vor der Lichteinwirkung bewahrt werden.



345. ***Ueber congenitale Membranbildung im Larynx.*** *Von **Otto Seifert** in Würzburg. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 2.)*

Seifert und *Hoffer* haben in der Berl. klin. Wochenschr. 1888, Nr. 2 über einen Fall von congenitaler Membranbildung bei einem 16jährigen Mädchen berichtet. Laryngofissur mit Excision der Membran und nachfolgende Tubage brachten dem Mädchen, welches seit der Geburt Flüsterstimme hatte, binnen 14 Tagen eine laute und ziemlich helle Stimme. Zeitweise müssen noch jetzt *Schrötter*'sche Bougies eingeführt werden. In letzter Zeit hat *Seifert*, durch die Rauhigkeit der Stimme aufmerksam gemacht, die 7jährige Schwester der Pat. laryngoskopisch untersucht und bei ihr auch zwischen der vorderen Hälfte der glänzend weissen Stimmbänder eine zarte Membran mit nach hinten gerichteter Concavität ausgespannt gefunden, welche bei der Phonation, die prompt vor sich geht, eingeknickt wird. Der Vater und noch eine 12jährige Schwester zeigen im vorderen Winkel eine circa 3—4 Mm. lange, membranartige lockere Verwachsung der Stimmbänder. Beide sprechen mit reiner, heller Stimme. *Seifert* ist der Ansicht, dass es sich bei den drei Mädchen um eine vom Vater her ererbte pathologische Veränderung im Larynx handelt.

Hönigsberg.

Dermatologie und Syphilis.

346. ***Du traitement des plaques muqueuses hypertrofiques persistantes chez la femme.*** *Du **M. Charles Baudier**. (Thèse de Paris. 1888. — Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1889. 1.)*

Baudier beschreibt neun Fälle von hypertrophischen Plaques muqueuses am Anus und den Genitalien, welche er in Saint-Lazare zu beobachten Gelegenheit hatte. Als durch monatelange, intensive, antiluetische Behandlung eine Heilung nicht erzielt werden konnte, wandte Verf. in sämmtlichen Fällen den Thermocauter an, mittelst dessen er in kürzester Zeit die Plaques zum Schwinden brachte. Er empfiehlt in Folge dessen den Thermocauter in ähnlichen Fällen als ultimum refugium, selbstverständlich bei angemessener innerer antiluetischer Cur.

347. ***Fall von Syphilis maligna.*** *Von Dr. **Rosenthal**. (Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1889. 1.)*

In der Sitzung der „Dermatolog. Vereinigung zu Berlin", 1888, Juni, stellte *Rosenthal* einen Fall von Syphilis maligna vor: Ein Postbeamter von 25 Jahren, der sich im Februar 1886 inficirte, seit dieser Zeit beständig in Behandlung, da er Recidiv nach Recidiv bekam. Es erschien zuerst ein pustulöses Syphilid; dann traten trockene und nässende Papeln auf, am Anus, am Mund, zwischen den Zehen und Fingern, Psoriasis palmaris und plantaris mit starker Schwielenbildung und ausserordentlicher Hartnäckigkeit, tiefe Gummata an den Unterschenkeln, intercurrent Schwindelanfälle, Plaques am weichen Gaumen etc. Die Behandlung bestand in Calomelinjectionen (6), Inunctionen zu verschiedenen Malen, Jodkalium in steigenden Dosen, Jodeisen allein oder mit Calomel, Hydrarg. oxydat. tannic., Hydrarg. jod. flav. etc. neben beständig fortgesetzter localer Behandlung der



Affectionen. Die letzte Erscheinung bestand in einer weisslichen Verfärbung des Zungenrückens, einer Verdickung des Epithels, sowie einer warzenähnlichen Hyperplasie der Papillae filiformes. Patient hat gegen diese Erscheinungen vier Injectionen von Hydrarg. oxyd. flav. in Oel nach dem Vortragenden erhalten. Die Erscheinungen an der Zunge haben sich zurückgebildet; örtliche Infiltrationen an den Injectionsstellen sind nicht vorhanden.

348. ***Salol bei Hautkrankheiten.*** *Von Dr. Saalfeld. (Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1889. 1.)*

In der Sitzung der „Dermatolog. Vereinigung zu Berlin" am 1. Mai 1888, empfiehlt *Saalfeld* das Salol in Form einer 5procentigen Salbe als vorzüglich wirkend bei Impetigo contagiosa und bei Eczem mit starker Eiterabsonderung. Bei einem Mann mit alter, Jahre lang vergeblich behandelter Sycosis parasitaria führte die folgende Salbe zu einem sehr günstigen Resultate:

Rp. *Kali carbon. 1,*
Ol. Olivar. 10,
Zinc. oxyd.
Amyl. aa 15,
Salol 5,
Schwefel 6,
Lanolin ad. 100. —r.

349. ***Die Prognose der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.*** *Von Prof. Naunyn. (Berlin. klin. Wochenschr. 1888. 33. — Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1889. I. Heft.)*

Auf Grund eigener Fälle und solcher aus der Literatur gibt *Naunyn* eine Statistik über die Ausgänge der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Ganz unabhängig davon, ob Lues im Spiele ist oder nicht, scheint die Prognose der Tabes und Dementia paralytica. Quecksilbercuren bei denselben sind gewöhnlich erfolglos. Bei den anderen, durch Lues herbeigeführten Affectionen ist die Prognose zwar nicht so schlecht, aber doch sehr ernst. Es gibt nur wenige Fälle wirklich dauernder Heilung durch antisyphilitische Curen. Verf. sah von 88 klinischen Fällen 24 geheilt, 49 gebessert, bei 10 Kranken fehlte jeder Erfolg und 5 starben in der Klinik. Aus der Literatur gewinnt man ein günstiges Bild, nämlich von 325 Fällen, die *Naunyn* zusammenstellte, wurden 155 (48%) geheilt, 170 (52%) nicht geheilt. Dieses Ergebniss ist zu günstig. Von grosser prognostischer Bedeutung ist die Form der Nervenerkrankung. Die beste Prognose gibt Epilepsie, dann folgen Fälle von Hirnreizung (Kopfschmerzen, Schwindel bis zu Syncopeanfällen, Erbrechen und Erregungszustände) und die neuritischen Affectionen (Neuralgien, Ophthalmologie, Lähmung der basalen Hirnnerven). Weniger günstige Heilerfolge zeigen Monoplegie, Hemiplegie, Paraplegie, schwere diffuse und gemischte Formen, letztere sogar sehr schlechte. Ist ein gutes Resultat zu erwarten, so zeigen sich gewöhnlich bald die ersten Anzeichen der Besserung. Ist bei Jodkalibehandlung bis Ende der ersten Woche, bei energischer Mercurbehandlung nach der zweiten Woche noch kein Resultat vorhanden, so sind die Aussichten geringe. Zuerst wird gewöhnlich durch die speci-



fische Cur das Allgemeinbefinden gebessert; das ist das sicherste Zeichen. Es sollen grosse Dosen, 5—10 Gramm, steigend zu den Innunctionen gebraucht werden. *Sternthal.*

350. ***Ueber Nasensyphilis.*** *Von Dr.* ***Paul Michelson*** *in Königsberg i. Pr. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 326.)*

An der Hand eigener und fremder Beobachtungen skizzirt Verf. die Umrisse des Krankheitsbildes der Rhinitis syphilitica ulcerosa folgendermassen: Bei Personen, aus deren Anamnese mehr weniger sichere Anhaltspunkte für eine vor Jahren erfolgte syphilitische Ansteckung zu gewinnen sind, machen sich die Erscheinungen eines Nasenleidens bemerkbar. Für einen hartnäckigen catarrhalischen Schnupfen gehalten, erweckt diese Erkrankung ernstere Besorgnisse erst, sobald neben der profusen, purulenten, oft hämorrhagisch gefärbten, in der mit Borken untermischten Secretion totale oder fast totale Undurchgängigkeit, gedunsenes Aussehen der äusseren Nase, näselnder Sprachklang, Verlust oder doch erhebliche Abnahme des Riechvermögens, diffuser Kopfschmerz, in dem Verbreitungsbezirk einzelner Gesichtsnerven localisirte neuralgische Schmerzen, Beeinträchtigung von Appetit und Schlaf, eventuell Fiebererscheinungen oder gar Fötor sich einstellen. Tritt der Pat. in diesem Krankheitsstadium in Behandlung, so werden durch die rhinoskopische Untersuchung Ulcerationen ermittelt, die ihren Sitz vorzugsweise in der Nasenscheidewand haben und daselbst nicht selten furchenförmig in sagittaler Richtung verlaufen. Der Grund der tieferen Geschwüre ist mit Granulationen angefüllt oder von missfarbenen sphacelösen Gewebstrümmern bedeckt und stösst die Sonde im letzteren Falle auf freiliegenden necrotischen Knorpel oder Knochen. Neben diesen Geschwürsprocessen bestehen Schwellungszustände an den Muscheln, zuweilen sogar vom Charakter polypoider Hyperplasien. Bemerkenswerth ist die Resistenz der infiltrirten Gewebe. Unter entsprechender Behandlung heilen oberflächlichere Ulcerationen ohne erkennbare Narbenbildung, tiefere mit Hinterlassung von Depressionen, an denen die Schleimhaut ihren normalen Glanz und ihre normale Feuchtigkeit eingebüsst hat, umfangreichere Necrosen endlich mit entsprechenden Substanzverlusten. Die Involution vorher intumescirter Muscheln kann zu hochgradiger Atrophie führen, welche ihrerseits wieder eine abnorme Weite der Nasenhöhle zur Folge hat. Der Statistik zufolge scheint es, dass die Gefahr einer Erkrankung an syphilitischen Ulcerationsprocessen der Nase und des Nasenrachenraumes in der Zeit von 1—3 Jahren nach der Ansteckung am grössten ist. Die noch heute vielfach verbreitete Ansicht, dass der Ausbruch der sogenannten Tertiärsymptome im Allgemeinen erst 10—20—30 Jahre nach der Ansteckung erfolge, ist hiernach irrthümlich. In Uebereinstimmung mit *Moldenhauer* hält Verf. für die wesentlichste Entstehungsursache der sogenannten Sattelnase — Einsinken des Nasenrückens — die narbige Schrumpfung des Bindegewebes, welches die häutige und knorplige Nase an die Nasenbeine anfügt. Wegen der so häufigen Betheiligung des Rachens an der Erkrankung versäume man nie, bei Personen, die an gummöser Rhinitis leiden oder einer derartigen Erkrankung verdächtig sind, die Mundrachenhöhle mit besonderer Aufmerksamkeit zu untersuchen.



Die Beschaffenheit des Secrets ist wenig charakteristisch; was den Fötor betrifft, so weist ein Persistiren desselben nach sorgfältiger Reinigung auf das Vorhandensein von Sequestern in der Nasenhöhle hin; andererseits kann aber umfangreicher Gewebszerfall an den Weichtheilen, können ausgedehnte cariöse Zerstörungen an den Knorpeln und Knochen der Nasenhöhle existiren, ohne dass es zu Fötor kommt. Wo thatsächlich Lues vorhanden ist, pflegt schon die einige Tage hindurch fortgesetzte Verabfolgung mittlerer Dosen von Jodkalium eine derartige Verringerung der etwa vorhandenen Infiltration der Nase zu bewirken, dass die vorher fast unmögliche Rhinoskopie ausführbar wird. Die als longitudinale Furchen am Septum sich präsentirenden Ulcerationen ist Verf. für geradezu pathognomonisch zu halten bereit. Tuberculöse Ulcerationen sind entweder von rundlicher oder von unregelmässiger Form. Die Therapie muss sowohl local, als auch allgemein antiluetisch zu wirken bestrebt sein; über die grössere Bedeutung der einen oder der anderen Richtung gehen die Meinungen auseinander; indessen sind alle Autoren darüber einig, dass die Allgemeinbehandlung allein ohne locale Application geeigneter Mittel nicht zum gewünschten Ziele führt. In letzter Linie tritt schon aus cosmetischen Gründen die Chirurgie in ihre Rechte ein, und sind gerade hier in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte in der Technik und bezüglich der bisher im Allgemeinen so traurigen Erfolge der Rhinoplastik zu verzeichnen *(Mikulicz)*. Die Arbeit *Michelson's* ist doch als sehr lesenswerth dem praktischen Arzte auf's Wärmste zu empfehlen.

v. Buschman.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

351. ***Ueber Gewichtsbestimmungen der einzelnen Organe Neugeborener.*** *Von Dr. Lomer in Hamburg. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäc. XVI. Bd. 1. Heft.)*

Verf. bespricht eine Anzahl von Wägungen, die er als Assistent an Leichen Neugeborener in der Berliner Frauenklinik vorgenommen, und stellt sich die Frage auf, ob sich Beziehungen zwischen der Genese, resp. der Schwere der einzelnen Organe nachweisen lassen. Das Material des Verf. umfasste 50 Neugeborene, wovon 36 todt geboren waren und 15 längere oder kürzere Zeit gelebt hatten. Es handelte sich nur um gesunde Kinder. Indem wir den Leser auf das Original verweisen, bemerken wir, dass Verf. aus seiner Arbeit unter Anderem zwei interessante Schlüsse gezogen hat. Da nämlich die Nieren unmittelbar nach der Geburt nicht hypertrophiren, so ist wahrscheinlich, dass sie bereits intrauterin in voller Thätigkeit sind. Da ferner die Milz und Leber grossen individuellen Gewichtsschwankungen unterworfen sind, muss man vorsichtig sein, dass man derartige „natürliche Milz- und Lebertumoren“ nicht mit auf Syphilis beruhenden Milz- und Lebervergrösserungen verwechselt. Derartige „natürliche“ Milz- und Lebertumoren scheinen



nicht durch Krankheiten bedingt zu sein, sondern beruhen vielmehr auf Unterschiede der individuellen Anlage. Im Ganzen genommen kommen bei den fötalen Organen sehr häufig Schwankungen und Gewichtsdifferenzen vor. *v. Swiecicki.*

352. ***Osteogenesis imperfecta.*** *Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten fötalen Rachitis. Von Dr.* ***Stilling****, Strassburg i. E. (Virchow's Archiv. 1889. Bd. 115. 3. Heft.)*

Eine Frucht aus dem achten Schwangerschaftsmonat, bei dessen präcipitirter Geburt der Hals einriss und auch der Kopf eine beträchtliche Verletzung erlitt, wurde vom Verf. genau anatomisch untersucht. Er fand eine ausserordentlich mangelhafte Ausbildung von Knochensubstanz, hauptsächlich im Schädeldache. Der äussere Habitus, das Verhalten der Haut, die kurzen Extremitäten forderten auf, die Frucht nicht als eine solche anzusehen, welche eine fötale Rachitis zeigt. Verf. stellt die wesentlichen Merkmale des Skelets bei der fötalen Rachitis zusammen und ein Vergleich mit dem Skelet der von ihm untersuchten Frucht ergab, dass es sich hier um eine andere Krankheitsform handle. Die Knochenbildung von Seiten des Periosts war in dem Fall des Verf. sehr mangelhaft, bei der Rachitis foetalis dagegen sind die Ossificationsvorgänge im Periost durchaus normal. Auch war in dem Falle des Verf. von einer vorzeitigen Verknöcherung nichts zu merken. Die Synchondrosen der Schädelbasis waren in normaler Breite und Beschaffenheit vorhanden. Verf. sieht seinen Fall als einen solchen an, welcher grosse Aehnlichkeit mit dem Falle *Vrolik's* hat und für den der Name Osteogenesis imperfecta sich empfehlen dürfte. Es werden hierauf vom Verf. aus der Literatur Fälle von Osteogenesis imperfecta zusammengestellt. Ueber die Ursachen dieser Erkrankung ist nichts bekannt. In den Fällen *Vrolik's* und *Henkel's* war Syphilis im Spiel. In dem Falle des Verf. und den übrigen Fällen war dies nicht als ätiologisches Moment aufgefunden worden.

v. Swiecicki.

353. ***Ueber Darmsaftgewinnung beim Menschen.*** *Von* ***J. Boas****, Berlin. Vorläufige Mittheilung. (Centralbl. f. klinische Med. 1889. 6.)*

Die Gewinnung von Dünndarmsaft (Pancreassecret + Galle + Succus entericus) beim Menschen war bisher lediglich an pathologische Vorkommnisse geknüpft, welche zu den grössten Seltenheiten gehören. Nach Verf. gelingt es bei einer grossen Zahl Gesunder und Kranker durch ein einfaches und unschädliches Verfahren, das Secret der betreffenden Drüsen in für die nothwendigen Untersuchungen durchaus zureichendem Maasse zu gewinnen. Im Ganzen hat er innerhalb eines Jahres bei über 20 Individuen Darmsaftmengen erhalten, die zwischen 15 und 200 Ccm. schwankten, in der Regel aber 40—50 Ccm. betrugen. Die von *Boas* angewendete Methode beruht auf der Erfahrung, dass der Sphincterverschluss vom Darm nach dem Magen zu ungemein leicht durchbrochen werden kann; mässige Pressbewegungen genügen bereits, im Darm vorhandene Secretmengen mühelos in den Magen zu schaffen. Nun enthält, in ganz analoger Weise, wie der nüchterne Magen, auch der nüchterne Darm



nicht geringe Quantitäten unverbrauchten Secretes, das vielleicht die Aufgabe hat, die bei der nächsten Digestionsperiode hineingelangenden Chymusmassen sofort in Angriff zu nehmen. Dieses Secret besitzt alle diejenigen Eigenschaften, welche dem gemischten Darmsaft zugeschrieben werden, d. h. es verdaut Fibrin in kurzer Zeit, wandelt rohe Stärke in Dextrine und Maltose um und spaltet Fette in der dem pancreatischen Safte zukommenden Weise. Dass andererseits alle der Galle eigenthümlichen Eigenschaften und Bestandtheile darin vorhanden sind, ist selbstverständlich. — Man verhütet die Möglichkeit, Darmsaft mit Magensaft vermischt zu erhalten, nach Verf. dadurch, dass man sich vorher durch die Sonde von der An- oder Abwesenheit von Magensaft im nüchternen Magen überzeugt. Ist derselbe anwesend, so genügt es nach Verf., den Magen mit einer 1%igen Sodalösung möglichst sorgfältig auszuwaschen. Lässt man dann exprimiren, so erhält man, je nach der Menge der beigemischten Galle und je nach der Reinheit, ein mehr gelbliches oder grünes, sonst aber klares oder leicht getrübtes gelatinöses, höchstens mit einigen Schleimflocken vermischtes Secret von mehr oder weniger deutlich alkalischer Reaction. Man kann nun dieses Secret entweder, wie es gewonnen ist, oder, wo es sich um genauere Untersuchungen handelt, nach der Filtration auf die oben erwähnten Eigenschaften hin prüfen. In einer Reihe von Fällen, in denen das Secret entweder gar nicht oder nur in spärlicher Menge gewonnen wurde, ist *Boas* so verfahren, dass er vor der Einführung der Sonde zunächst die rechte Leberlappengegend zwischen der verlängerten Linea parasternalis und mamillaris, sowie von hier aus den linken Leberlappen einige Minuten leicht und vorsichtig massirte, ein Verfahren, welches oft da zum Ziele führte, wo das Ergebniss vorher ein negatives oder unzureichendes war. Durch die Massage werden, wie Verf. glaubt, aus der Gallenblase, sowie aus dem Ductus pancreaticus kleine Mengen vorgebildeten Secretes in den Darm befördert, die dann leicht in der oben beschriebenen Weise in den Magen gepresst werden können. Dadurch, dass es bei einer grossen Zahl Gesunder und Kranker gelingt, Darmsaft in Quantitäten zu erhalten, welche die durch Fisteln gewonnenen weit übertreffen, gewinnt man nach Verf. die Möglichkeit, den Vorgang der Dünndarmverdauung nunmehr in so umfassender und systematischer Weise zu studiren, wie dies nach den Fortschritten der letzten Jahre auf dem Gebiete der Magenverdauung der Fall ist. Man wird dabei zunächst die physiologischen Fragen, die in mancher Hinsicht noch controvers sind, an der Hand des zu Gebote stehenden Materials verfolgen und dann die wichtigen klinischen Gesichtspunkte, vor Allem die Fragen nach der diagnostischen Verwerthung des Darmsecretes näher beleuchten können.

354. ***Neue Injectionsmethode der Gefässe.*** *Von* **Bouveret.**

In einer der letzten Sitzungen der Académie de médecine in Paris zeigte Herr *Lejars* drei sehr hübsche Präparate vor, welche er durch eine neue und sehr zweckmässige Injectionsmethode der Venen erhalten hatte. Vorerst werden durch die Arterien sowohl die arteriellen, capillaren und venösen Gefässe injicirt, und zwar mit der gewöhnlichen, durch die Wurzel des

Färberkrautes gefärbten Injectionsmasse, welcher Farbstoff löslich ist. Nun treibt man in die Arterien neuerdings eine zweite Injectionsmasse, deren Farbstoff nur im suspendirten Zustande enthalten ist und daher das capilläre Gebiet nicht überschreiten kann. So erhält man eine verschiedenfärbige Injection der Arterien und Venen. Das Princip der Injection der Venen von den Arterien aus ist von *Bouveret* angegeben. Hierzu muss man das zu injicirende Object im warmen Bade auf einer solchen Temperatur erhalten, dass die Injectionsmasse nicht bei dem Durchtritte durch die Capillaren erstarren kann. *Dr. Baaz.*

355. ***Ueber die Veränderungen der kernhaltigen Blutkörperchen durch das Gift von Scorpio europaeus.*** *Von **G. Sanarelli.** (Bollet. della sez. de. cult. delle scienze med. 1888. Fasc. 5, pag. 202 ff. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 9.)*

Im Jahre 1871 veröffentlichte *Jousset* die Ergebnisse seiner Studien über die Giftwirkung des Scorpio occitanus auf den Laubfrosch, die sich dahin zusammenfassen lassen: Das Gift des Scorpio occitanus wirkt direct auf die rothen Blutkörperchen. Seine Wirkung beruht in einer Zerstörung des Einzelbestandes der rothen Zellen, welche zusammenbacken und kleine Haufen bilden. *Sanarelli* studirte die Giftwirkung des Scorpio europaeus, dessen Biss meist unschädlich verläuft, mitunter jedoch schwere Folgen, namentlich phlegmonöse Processe und Gangrän, herbeiführt. Versuche mit dem Gift am Blutstropfen des Menschen und anderen Mammalien fielen negativ aus, wenn man davon absieht, dass das Blut des Meerschweinchen unter dem Mikroskop eine lebhafte amöboide Bewegung der rothen Zellen zeigte, welche sofort bei der Berührung mit dem Scorpiongifte sistirte. Versuche mit dem Gift am Blute des Frosches, des Salamanders, der Fische und Vögel, kurz bei den Thieren, deren rothe Blutkörperchen einen Kern besitzen, ergaben, dass das Gift regelmässig die rothen Zellen derart zerstört, dass der Kern frei wird und das Hämoglobin sich im Blutserum auflöst. Dies geschieht auch, wie die Betrachtung des Froschmesenteriums ergab, am kreisenden Blut des lebenden Thieres. Beim Frosch ist diese Veränderung am stärksten und kommt sehr rasch zu Stande, am langsamsten bei den Vögeln. Der Giftinhalt eines Bläschens von dem im Juli gefangenen Scorpion tödtete einen Frosch in zwei Stunden; das Gift des im April gefangenen Thieres kaum in 24 Stunden. Im Volksmunde wird dem Biss der Scorpionen während des Monats Juli die gefährlichste Wirkung zugeschrieben.

—r.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

356. ***Infection bei heiler Haut.*** *Von **Schimmelbusch** in Cöln. Vorgetragen in der chir. Section der 61. Naturf.-Vers. zu Cöln 1888.*

Schimmelbusch ist experimentell der Frage näher getreten, ob eine Infection mit Mikroorganismen auf heiler Haut möglich sei. Angeregt durch die Versuche von *Carré* und *Bockhardt*, rieb er zunächst Staphylococcen-Reincultur bei Moribunden in die Haut ein. Er erzielte bei frottirendem Reiben (nicht bei einfachem



Auftragen selbst sehr grosser Mengen von Cultur) Impetigopusteln, respective Furunkel und überzeugte sich an post mortem excidirten Hautstücken davon, dass die Infection hier auf völlig heiler Haut erfolge, indem die in die Haarbälge hineingedrückten Staphylococcen zwischen Wurzelscheide und Haar durch Wachsthumsdruck hinabgedrängt werden. Von den Schweissdrüsen aus sah er die Infection nie ihren Ausgang nehmen. Weiter machte *Schimmelbusch* Einreibungsversuche mit Organismen, welche vorwiegend Blutparasiten sind und betrat damit einen Weg, welchen *Roth* (hygienisches Institut zu Berlin) bereits mit Erfolg eingeschlagen hatte. Er rieb in die Haut von Kaninchen Milzbrand, Kaninchensepticämie und Hühnercholera ein. Von 14 mit Milzbrand eingeriebenen Kaninchen starben 4. Bei einem dieser Fälle konnte eine Verletzung in Folge der Einreibung nachgewiesen werden, bei den drei anderen Thieren war an der Inunctionsstelle weder makro-, noch mikroskopisch irgend etwas von einer Hautverletzung zu entdecken. Von 6 mit Kaninchensepticämie eingeriebenen Kaninchen starben 2, von 3 ebenso mit Hühnercholera behandelten eines.

357. ***Ueber Hysterie im Heere.*** *Von Dr.* ***A. J. Oserezkowski*** *in* ***Moskau.*** *(Von dem III. Congress russisch. Aerzte zu St. Petersburg vom 3. bis 10. Januar 1889. Ber. der St. Petersb. Wochenschr.)*

Thesen: *a*) Fälle von Hysterie im Heere kommen gar nicht selten vor. *b*) Die klinischen Erscheinungen sind ebenso mannigfaltig, wie bei den Weibern. *c*) Die Hysterie bei den Soldaten ist bis in die letzte Zeit unbemerkt geblieben, weil sie theils als Simulation, theils als organische Erkrankung aufgefasst wurde. *d*) Die Hysterie muss in die Liste derjenigen Krankheiten eingetragen werden, welche vom Militärdienste befreien.

358. ***Ueber die Ausdehnung der Lungen durch Luft bei Einleitung künstlicher Athmung.*** *Von* ***Champneys*** *in London, 1887. (Frommel's Jahresbericht ü. d. Fortschr. d. Geburtsh. u. Gynäk. 1888.)*

Bei jeder Methode von Einleitung künstlicher Respiration (*Champneys* hat die Wirkung von neun verschiedenen Methoden geprüft) fand sich die rechte Lunge leichter ausdehnungsfähig für Luft, als die linke, ferner die vorderen Theile mehr als die hinteren. Diejenigen Lungentheile, welche am leichtesten und längsten luftleer blieben, liegen in einem von oben nach unten durch die ganze Höhe der Lungen verlaufenden verticalen Streifen, der beiderseits der Nachbarschaft der Anguli costarum entspricht. Der Eintritt von Luft in den Magen kommt besonders durch das Einblasen von Luft Mund auf Mund zu Stande.

359. ***Ueber Lähmung durch polizeiliche Fesselung (Arrestantenlähmung) der Hand.*** *Von Prof.* ***Eulenburg*** *in Berlin. (****Neurolog.*** *Centralbl. 1889. 4.)*

In der Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1882 hat *Bernhardt*, im Anschlusse an *Brenner*, mehrere Fälle von Radialislähmung und von Lähmung sämmtlicher Armnerven mitgetheilt, welche durch polizeiliche Fesselung in der Form von Umschnürung des Oberarmes, gewöhnlich an der Umschlagstelle des N. radialis, herbeigeführt waren. Am Schlusse seiner Mittheilung weist *Bernhardt*



darauf hin, dass sich diese oft wochenlangen Gebrauchsstörungen durch Wahl einer anderen, für die Fesselung geeigneteren Localität vermeiden liessen; „es liessen sich vielleicht in der Nähe der Handgelenke, wo die vorstehenden Enden der beiden Vorderarmknochen den Druck besser als die fleischigen, weichen Massen der Oberarme auszuhalten vermögen, Stellen finden, an welchen, wenn nöthig, die Fesselung vorzunehmen wäre". Diese Anregung scheint nicht ohne fruchtbare Folgen geblieben zu sein; denn offenbar wird gegenwärtig in Berlin und Umgebung die polizeiliche Fesselung der Arrestanten dicht oberhalb der Handgelenke, und zwar mittelst einer an jedem Ende mit einem Knebel versehenen circa 3 Mm. dicken Schnur, die rasch zu einer Schlinge zusammengedreht wird, vollzogen. Dass aber auch diese Localität der Fesselung nicht ganz gefahrlos ist, und die Möglichkeit, längere Zeit anhaltender Gebrauchsstörungen durch Lähmung der an der Volarseite des Radiocarpalgelenks befindlichen Nervenstämme, namentlich des Medianus, nicht ausschliesst, das zeigt der folgende noch gegenwärtig der Beobachtung *Eulenburg's* unterliegende Fall. Ein 48j. Schmied D. war am 23. December 1888, weil er sich der Aufforderung, der Wache zu folgen, nicht fügte, angeblich von zwei Beamten an beiden Händen gefesselt und so dreihundert Schritte weit bis zur Wache fortgeführt worden. Unterwegs soll der zur rechten Seite gehende Beamte den Knebel so fest zugedreht haben, das D. hier sogleich ein höchst schmerzhaftes Einschneiden spürte. Nachher soll eine starke Röthung und Strangulationsfurche an der Volarseite der Handgelenksgegend vorhanden gewesen sein. Seit dieser Zeit datirt die Gebrauchsunfähigkeit der Hand, die D. bisher an dem Aufnehmen seiner Arbeit als Schmied verhindert hat, da er ausser Stande zu sein behauptet, zum Schlagen auszuholen, und beim Meisseln einen heftigen Schmerz besonders im Daumenballen, sowie an der Volarseite des Handgelenks in der Nähe des unteren Radialendes empfindet. D. klagt ausserdem über verminderte Kraft der rechten Hand, erschwertes Fassen feiner Gegenstände zwischen Daumen und Zeigefinger, sowie über mannigfaltige Parästhesien in den beiden genannten Fingern, namentlich ein fast beständiges Kältegefühl, sowie Nachts Gefühle von Brennen und Zucken. Untersuchung (zuerst am 14. Jaunar, also drei Wochen nach der Fesselung): keine Spur äusserer Verletzung mehr sichtbar; rechte Hand, namentlich Daumenballen, Daumen und Zeigefinger kälter als die entsprechenden Theile links; Medianus über dem Handgelenk auf Druck abnorm empfindlich mit ausgesprochener excentrischer Sensation in der Medianusausbreitung, namentlich im Zeigefinger; Ulnaris dagegen nicht druckempfindlich. In der Gegend des unteren Radialendes, der das Handgelenk bezeichnenden volaren Querfurchen ulnarwärts bis zur Sehne des Palmaris longus heran, und des Os naviculare, sowie weiter nach vorn fast die ganze Haut des Daumenballens und den angrenzenden Theil der Vola bis zur medialen Hohlhandfurche umfassend, erstreckt sich eine ziemlich grosse, umregelmässig gestaltete Zone deutlicher Sensibilitätsherabsetzung, welche nach vorn ununterbrochen in das den vier ersten Digitalzweigen des Medianus entsprechende Gebiet für Daumen und Zeigefinger übergeht, in welchem die



Sensibilität ebenfalls — wenn auch minder erheblich — herabgesetzt ist. *Eulenburg* constatirt mittelst Prüfung der elektrischen Reaction und der faradomusculären Contractilität das Vorhandensein einer Parese des N. medianus mit Betheiligung seiner motorischen Aeste für den Daumenballen (und die Lumbricalmuskeln), sowie seiner sensiblen ersten vier Rami digitales und des Ramus cutaneus palmaris. Dass die Parese durch Umschnürung des N. medianus im Bereiche seiner oberflächlichen Lagerung oberhalb des Radio-Carpalgelenks, zwischen den Sehnen des Flexor carpi radialis und Palmaris longus — genauer: an oder oberhalb der Abgangsstelle des Ramus cutaneus palmaris — entstanden, ist nach Lage der Dinge wohl kaum zu bezweifeln. Die Prognose war günstig zu stellen; auch ist zur Zeit, nach ungefähr dreiwöchentlicher Behandlung bereits eine merkliche Aufbesserung der gestörten Motilität und Sensibilität unverkennbar. Prophylactisch gibt der vorliegende Fall nur zu der Bemerkung Anlass, dass die nachtheiligen Folgen der Umschnürung wohl bei Anwendung von etwas weniger Gewalt seitens des „Führers zur Rechten" hätten vermieden werden können. Ob nicht die Schnur durch einen breiten Lederstreifen zu ersetzen wäre, der auch bei festem Zusammendrehen des Knebels einen so nachtheiligen örtlichen Druck nicht zu üben vermöchte, möchte *Eulenburg* der fachmännischen Beurtheilung der betheiligten Polizeiorgane anheimgeben. *—r.*

360. ***Färben von Ess- und Trinkwaaren.*** *Von* ***Sell.*** *(Arbeiten aus dem k. d. Gesundheitsamte. II. 3—5),* ***Cazeneuve*** *(Annales d'hygiène publique. XVIII. Juillet, pag. 5) und* ***Weingärtner*** *(Vierteljahrsschr. f. Chemie der Nahrungs- und Genussmittel. II, pag. 153).*

Sell bespricht die verschiedenen in Frage kommenden Farbstoffe, die Erdfarben, die Metallfarben, die organischen Farbstoffe, sodann die Zubereitung der Farben, das Färben von Gespinnsten und geht weiterhin auf einzelne Substanzen des Näheren ein, so auf Arsen, Barium, Kupfersalze, Pikrinsäure und Bleiweiss, hinsichtlich ihrer Verwendung zum Färben von Spielwaaren, Kleidungsstoffen, Möbelstoffen u. s. w. Alsdann bringt er den Entwurf des neuen Gesetzes für Deutschland. Dieses letztere bestimmt, wie es unter dem 5. Juli 1887 in Kraft getreten ist, Folgendes: Gesundheitsschädliche Farben dürfen zur Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln, die zum Verkaufe bestimmt sind, nicht verwendet werden. Es sind dies Farbstoffe, welche Antimon, Arsen, Barium, Blei, Cadmium, Chrom, Kupfer, Quecksilber, Uran, Zink, Zinn, Gummigutti, Corallin und Pikrinsäure enthalten. Zur Aufbewahrung und Verpackung von Nahrungs- und Genussmitteln dürfen Gefässe, Umhüllungen oder Schutzbedeckungen nicht benützt werden, wenn zu deren Herstellung Farben der eben erwähnten Art verwendet wurden. (Ausgenommen ist die Verwendung von Schwerspat, Barytfarblack, wenn frei von kohlensaurem Baryt, Chromoxyd, Kupfer, Zinn, Zink, als Metallfarben, Zinnober, Zinnoxyd, Schwefelzinn, als Musivgold, sowie von Farben, die in Glasmassen, Glasuren oder Emails eingebrannt sind.)



Cazeneuve erörterte die Frage, welche Farbstoffe zum Färben von Nahrungs- und Genussmitteln, sowie von Gebrauchsgegenständen Verwendung finden dürfen, beschränkte sich jedoch auf die Besprechung der aus Steinkohlentheer gewonnenen Farben und empfahl folgende, als nicht gefährlich, anzuerkennen. 1. rouge soluble, 2. sulfoconjugué sodique de la fuchsine, 3. rouge Bordeaux B, 4. rouge pourpre, 5. ponceau R, 6. orangé I, 7. jaune soluble, 8. jaune NS, 9. induline ordinaire, 10. bleu Croupier, 11. vert acide. Ausserdem schlug er vor, zu verordnen, dass die zum Färben von Nahrungs- und Genussmitteln bestimmten Farbstoffe nur unter dem Siegel des betreffenden Fabrikanten verkauft werden dürfen, welcher seinerseits verantwortlich für die Qualität und den Charakter der Farben ist, dass ferner die letzteren stets rein, namentlich frei von schwefelsaurem Natron sein sollen, und dass endlich Wein, Weinessig, Bier und Butter unter keinerlei Umständen künstlich gefärbt werden dürfen.

Eine Anleitung zur Untersuchung der im Handel vorkommenden künstlichen Farbstoffe lieferte *E. Weingärtner*. Dieselbe beschäftigt sich mit den basischen Farbstoffen: Fuchsin, Neutralroth, Safranin, Chrysanilin, Flavanilin, Malachit- und Brillantgrün, Methylgrün, Methyl- und Neutralviolett, Mauveïn, Amethyst, Krystallviolett, Methylenblau, Neutralblau, Muscarin, Auramin, Chrysoïdin, Vesuvin, Victoriablau, und den sauren Farbstoffen: Eosin, Safrosin, Phloxin, Rose Bengale, Uranin, Corallin, Säurefuchsin, Helvetiagrün, Alkaliblau, Chinablau, Säureviolett, Indulin, Pikrinsäure, Martins- und Naphtolgelb, Aurantia, Congoroth, Benzopurpurin, Azoblau, Erythrosin, Echtgelb, Tropäolin, Azoflavin, Orang I und II, Tartrazin, Metanilgelb, Scharlach, Ponceau, Bordeaux, Alizarin, Coïnlein, Alizarinblau, Gallacyanin, Galleïn, Galloflanin, Canarin, Chrysamin, Magdalaroth, Indigo.

Dr. *E. Lewy*.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

361. *Ueber den gegenwärtigen Stand der Trippertherapie.*

Von Dr. A. Seidel in Berlin.

Berlin, Verlag von Heuser, 1889.

Referirt von Dr. Jul. Sterk in Wien-Marienbad.

Die Literatur der letzten Jahre über die gonorrhoischen Erkrankungen hat bereits einen derartigen Umfang angenommen, sagt der Verf., dass es ihm zeitgemäss erscheint, die veröffentlichten Arbeiten zu sichten und für den praktischen Arzt einen Ueberblick zu geben, welcher ihm gestattet, an den neuen Errungenschaften theilzunehmen. Die Ansichten über die Heilbarkeit der Gonorrhoe differiren so stark, dass die Einen den Tripper in einigen Tagen coupiren zu können glauben, während Andere ihn für unheilbar halten (*Noeggerath* in New-York). Der



Uebergang in chronische Form ist allerdings ein sehr häufiger, und es ist *Neisser's* Verdienst, die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhoe durch den Gonococcenbefund nachgewiesen zu haben. Die Gonococcen sind lange Zeit (Monate und Jahre lang) lebensfähig, ohne stets Erscheinungen zu machen. Sie sitzen ausserdem so geborgen in den tieferen Gewebsschichten, dass die feindlichen chemischen Reagentien sie nicht überall erreichen können, und eine Elimination nur schwer möglich ist, wenn sie nicht selbst allmälig absterben oder von den Zellen aufgezehrt werden (Phagocyten). Die Wanderung der Gonococcen erfolgt aber auch noch in andere, von dem Infectionsherde weit entfernte Körperregionen. Wenn wir berücksichtigen, dass wir eine Iritis, Choroiditis, Ischias, Tendovaginitis, Arthritis, Purpura gonorrhoica etc. bekommen können, ja, dass die Gonococcen sogar im Blute nachgewiesen sind, so klingt es gewiss nicht fremdartig, wenn wir von einer Lues gonorrhoica sprechen hören. In vielen Fällen dürfte der mikroskopische Nachweis der Gonococcen zur Bestätigung der Diagnose entbehrlich sein, zur Beurtheilung der Wirksamkeit der Medicamente und der Ansteckungsfähigkeit ist er allein entscheidend. Die Untersuchung ist auch nicht schwierig. Der Objectträger mit einem Tropfen verriebenen und über der Flamme getrockneten Secretes wird $^1/_4$ Minute lang in eine 1% wässerige Methylenblaulösung getaucht und ohne Deckglas wird ein Tropfen Oel direct auf das wieder getrocknete Präparat gethan und die homogene Immersion eingestellt. Die Gonococcen präsentiren sich in charakteristischer rundlicher Anhäufung um die Kerne der Eiterzellen, als Semmeldiplococcen ungefähr von der Form des Perlkaffees. Die Gonococcen zeigen nach *Neisser's* vielfachen Untersuchungen gegenüber den meisten chemischen Agentien, welche nur irgendwie beim Menschen in Betracht kommen können, eine grosse Widerstandsfähigkeit. Wir besitzen demnach bis jetzt keine Antimycotica, welche bei genügender Wirksamkeit ohne schädliche Reizung für die Gewebe sind. Ausserdem erfolgt die Einwanderung der Gonococcen in den Papillarkörper so schnell, dass schon nach 18—36 Stunden post infectionem eine Zerstörung derselben durch Sublimat oder Höllenstein erforderlich wäre, um die Gonorrhoe zu coupiren. Sobald aber einmal die Gonococcen in die tieferen Gewebsschichten eingedrungen sind, ist kein Medicament im Stande, ihnen zu folgen und wirksam zu begegnen. In der Praxis werden wir daher nur selten in der Lage sein, die Gonorrhoe zu coupiren, sondern werden unsere Behandlung darauf beschränken müssen, den Gonococcen den Nährboden unerträglich zu machen.

Die Therapie anlangend, erfahren wir folgendes Verhalten: Im ersten Stadium der acuten Urethritis müssen wir uns von jeder reizenden Behandlung enthalten und nur eine strenge Antiphlogose durchführen und eventuell zur Linderung der Schmerzen Morphium anwenden. Im zweiten Stadium, etwa nach 24 bis 36 Stunden, muss die energische Bekämpfung des Catarrhs stattfinden, abwechselnd mit Gonococcenbehandlung. Die Injectionen müssen selbstverständlich mit aseptischen Spritzen und sterilem Wasser gemacht werden. Diejenigen anti-



mycotischen Lösungen, welche man jetzt mit Vorliebe injicirt, sind: Arg. nitr. (0·02—0·05%), Natr. salicyl. (5%), Chlorhydrat (2%), Acid. borici (3%), Creosot (0·2%), Sublimat (0·005%). Es genügt, wenn täglich einmal injicirt wird.

Nebst diesen desinficirenden Flüssigkeiten dürfen die adstringirenden nicht vergessen werden, um die Circulationsstörungen in den entzündeten Theilen wieder zu beseitigen, die Epitheldefecte zur Verheilung zu bringen. Zu diesem Zwecke passen am besten: Kali hypermang. (0·02%), Zinci sulf. oder acet. (0·2—0·5%), Acid. tanic. (0·2—0·5%). Arg. nitr. (0·02—0·05%).

Die so häufigen sehr belästigenden begleitenden Nebenerscheinungen als: Harndrang, Erectionen und Pollutionen, können auch durch Injectionen bekämpft werden, so gegen Harndrang eine 2procentige Cocaininjection, oder nach *Boone* eine Injection von 0·015—0·03 Atrop. sulf. in 4—8 Grm. Wasser, die langsam durch die Urethra in die Blase gemacht wird. Gegen Erectionen und Pollutionen wendet *Mastdar* Suppositorien an aus Chloral (1·0), oder macht folgende Einspritzungen:

Rp. *Kali bromat. 6·0,*
Tinct. opii simpl. 2·0,
Glycerin 10·0,
Aqu. dest. 150·0, oder

Rp. *Kali bromat 10·0—15·0,*
Lupulin 0·5 - 1·5,
Camph. vas. 0·5—1·5,
Div. in Dos. aqu. Nr. X.
S. Abend 1—2 Pulv. in Oblatt.

Eine wesentliche Unterstützung der localen Therapie bildet die innere Darreichung von Balsamen und ätherischen Oelen, welche durch den Urin ausgeschieden werden, dessen Zersetzung hindern und selbst die Gonococcen zu tödten im Stande sind. Die angenehmste Form dürfte die Darreichung von Gallertkapseln sein.

Rp. *Caps. gelat. Ol. santal. ostind. 0·3—0·5.*
S. 3 Mal täglich 1—5 Stück, oder

Rp. *Caps. gelat. Bals. Copaiv (s. Cubeb.) Extr. ratanh. aa. 0·3.*
S. 3 Mal täglich 1—3 Stück, etc.

Die therapeutischen Eingriffe bei Endometritis gonorrhoica erfordern ganz dieselben Vorsichtsmassregeln. Von den secundären acuten Trippercomplicationen interessirt uns am meisten die Epididymitis und Funiculitis des Mannes, die Salpingitis und Oophoritis des Weibes wegen der traurigen Folgen, als: beim Manne Azoospermie und Aufhören der Ovulation, beim Weibe dem zufolge Sterilität.

Der Uebergang der Gonorrhoe in die chronische Form erfolgt gewöhnlich durch Vernachlässigung oder unzweckmässige Behandlung. Die Krankheit bekommt oft einen intermittirenden Charakter. Die Therapie muss fast ausschliesslich eine locale sein; nur bei Complicationen mit Prostatitis, Spermatocystitis, Cystitis und Pyelitis ist die interne Behandlung nicht zu vermeiden. Die Behandlung besteht in der localen Anwendung von Adstringentien und Desinficientien in Form der jetzt so beliebten Baccilli urethrales contra gonorrheam, welche aus Ol. Cacao,



Gummi arab. oder Gelatinemassen mit den verschiedenen Medicamenten imprägnirt, bestehen. Schliesslich wird die progressive Sondencur angewandt. Die soliden Sonden beseitigen am besten durch localen Druck die Zelleninfiltration.

Die chronische Prostatitis gonorrhoica gibt sich zu erkennen durch Druck und Kitzelgefühl am Perineum, am After, vermehrten Harndrang, häufig schmerzhafte Pollutionen und Prostatorrhoe. Die Prostata ist vergrössert und hat eine uneben höckerige Oberfläche. Sie führt, wenn nicht behandelt und geheilt, zur Impotentia generandi, ebenso wie die Spermatocystit. chron. gonorr., welche Spermatorrhoe verursacht, beruhend auf isolirten Samenblasenergüssen. Die Therapie der beiden Complicationen besteht in der Anregung der Resorption der Infiltrate durch Jod und Wärme.

Rp. *Kali jodat. 2·0,*
Jodi puri 0·05,
Extr. bellad. 0·2,
Ol. Cacao q. s. ut. f. Supp. X. S.

Literatur.

362. ***Schema der antiseptischen Wundbehandlungsmethode.*** *Von Dr.* ***Albert Hoffa****, Privatdocent für Chirurgie an der Universität Würzburg. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1889.*

Auf einer Tafel entwirft der Autor schematisch in klarer, anschaulicher und vollkommener Weise den gegenwärtigen Stand der antiseptischen Wundbehandlungsmethode. Die ganze einschlägige, leicht und schnell übersichtliche Darstellung ist in 5 Hauptrubriken gebracht, und zwar: A) Antiseptische Mittel. B) Aseptische Operation. C) Antiseptische Operation. D) Aseptischer oder antiseptischer Verband. E) Besondere Modificationen des *Lister*'schen Verfahrens. In den entsprechenden Unterabtheilungen wird Alles erwähnt, was erwähnenswerth ist, so auch die Darsteller der verschiedenen antiseptischen Verbandmittel, als auch die Namen der bekanntesten Operateure, die mit der einen oder der anderen angeführten Wundbehandlungsmethode zu operiren pflegen. Das Schema ist seiner leichten Uebersichtlichkeit halber allen die Chirurgie ausübenden Aerzten auf das Wärmste zu empfehlen. *Dr. Sterk*, Wien-Marienbad.

363. ***Specielle Therapie des Stammelns und der verwandten Sprachstörungen.*** *Von Dr.* ***Rafael Coën****, Spracharzt in Wien. Stuttgart, Verlag Enke, 1889.*

Der wohlbekannte Autor hat, der vielseitig an ihn ergangenen Aufforderung nachkommend, in vorliegender Arbeit seine, durch Jahrzehnte gesammelten Erfahrungen auf dem speciellen Gebiete der verschiedenen Sprachstörungen in übersichtlicher Weise dargestellt, und so auch den Nichtspecialisten die Möglichkeit geboten, die Behandlung von Sprachstörungen zu unternehmen und, wie der Autor sagt, zu guten Resultaten zu führen. Im Kreise seiner gründlichen Besprechung hat der Autor mehr das functionelle Stammeln mit seinen Abarten, die eine gymnastisch-didaktische Therapie beanspruchen, herangezogen, und zwar: Das Stammeln, das Lispeln, das Schnarren, das Dahlen und das L Stammeln. Allen diesen Sprachanomalien sind eigene ausführliche Capitel gewidmet und die zumeist



vom Autor selbst erfundenen Methoden angegeben, in welcher Weise jede Anomalie behandelt werden muss. Die reichlich beigefügten, graphisch dargestellten Uebungen und Paradigmen sind ebensoviele vortheilhafte Behelfe zur unternehmenden Therapie. Aus der ganzen Arbeit zeigt sich die reiche Erfahrung und Gediegenheit des Autors, die derselbe nur durch unendliche Geduld und Ausdauer erlangt haben muss. Jeder Arzt wird die Arbeit mit Befriedigung lesen und auch der Laie mit Vortheil benützen. *Dr. Sterk*, Wien-Marienbad.

364. ***Handbuch der chirurg. Pathologie.*** *Von* ***A. Jamain*** *und* ***F. Terrier.*** *III. Bd. 2. Lfrg. Paris, Mean, 1888.*

Es ist ein alter und hochangesehener Bekannter, welchem wir hier begegnen. Das Buch nimmt einen hervorragenden Platz in der medicinischen Weltliteratur ein und steht vollkommen auf der Höhe des Bereiches unserer heutigen chirurgischen Kenntnisse, uns gleichzeitig eine vollständige Uebersicht der hervorragendsten literarischen Leistungen in der Chirurgie bietend. Das Handbuch ist von *Terrier* in vorzüglicher Weise umgearbeitet und dem Fortschritte der Wissenschaft entsprechend ergänzt worden, wozu er sich behufs rascheren Fortschreitens im Erscheinen des Werkes zwei Mitarbeiter in den Personen der Herren *Broca* und *Hartmann* beigesellt hat. Die zweite zuletzt erschienene Lieferung des 3. Bandes behandelt die Krankheiten des Sehapparates, eines der Lieblingsstudien *Terrier's*, sodann die Krankheiten des Gesichtes, der Lippen, Wangen etc., Alles unter steter Berücksichtigung der neuesten fremden Arbeiten über diese Partien. Ferners enthält diese Lieferung eine sehr ausführliche Abhandlung über die Krankheiten der Zähne.

Dr. Baaz.

365. ***Die permanente Extensionsbehandlung. Die subcutanen und complicirten Fracturen und Luxationen der Extremitäten und ihre Folgen.*** *Von Prof.* ***Bardenheuer.*** *Stuttgart, Ferd. Enke, 1889.*

Ein wahres Prachtwerk, welches den im Titel angegebenen colossalen Stoff auf 810 Seiten mit 216 Holzschnitten in erschöpfender Weise behandelt und in seinem Fache geradezu Epoche zu machen berufen sein dürfte. Angeregt durch seine eigene Arbeit: Die Verletzungen der oberen Extremitäten (Deutsche Chirurgie von *Lücke-Billroth*, Bd. 63), beschäftigte sich Verfasser in den letzten sechs Jahren hauptsächlich mit der Verbesserung der Behandlung dieser Verletzungen. Hierbei versuchte er, die auf einem Körpergebiete gemachten Erfahrungen auf alle anderen zu übertragen und eine einheitliche Behandlungsmethode für alle Fracturen und Luxationen der Extremitäten zu schaffen. Seine ersten einschlägigen Studien und Versuche machte Verf. am Femur, und da seine Behandlungsmethode hier sehr sichere und vollkommene Resultate ergab, übertrug er dieselbe auch auf die übrigen Fracturen. Bezüglich der eigentlichen Fracturbehandlung ist nun die Aufgabe, welche sich der Verf. gestellt, schon auf dem ganzen Gebiete der Extremitäten gelöst; dasselbe gilt auch für die grösste Anzahl der im Reconvalescentenstadium sich zeigenden Folgen der Fracturen. Freilich hat man in einzelnen Fällen, hauptsächlich von Ellenbogengelenk-Fracturen, es trotz guter Verheilung der correct reponirten Fragmente zuweilen mit hartnäckigen Nachwehen bezüglich der Functionstüchtigkeit des Gelenkes zu thun. An den übrigen Gelenken ist meist mit der eigentlichen Fracturheilung auch die Functionsfähigkeit wieder hergestellt. In dem vorliegenden Werke hat sich Verf.

nun die Aufgabe gestellt, die Extensionsbehandlung auf dem ganzen Gebiete der Extremitäten in ihrer Wirkung theoretisch zu begründen, und vielfach in ihrem Werthe den anderen Methoden gegenüberzustellen. Nach der Meinung des Verf. liegt der Vorzug seiner Behandlung in der grossen Reihe von manchmal kleinlich erscheinenden Vorschriften, in der consequenter Weise grösseren Aufmerksamkeit, welche der Fracturbehandlung geschenkt werden muss, und in den entsprechend weit besseren Erfolgen, als die übrigen Methoden aufzuweisen haben. Der Vollständigkeit halber wurde auch die Behandlung der complicirten Fracturen, wobei gleichfalls die permanente Extension zur Verwendung kömmt, und die der Luxationen in die grosse Arbeit mit eingeschlossen, was allerdings den Umfang des Werkes, aber auch dessen Werth bedeutend erhöht hat. Was die stoffliche Eintheilung des Werkes anlangt, so enthält dasselbe auf den ersten 227 Seiten den allgemeinen Theil, der nur 13 meist schematische Abbildungen bringt. Er beschäftigt sich mit der Statistik der Knochenbrüche, deren Entstehung, Mechanismus, Eintheilung, Symptome, Diagnose und Behandlung im Allgemeinen. Eine geradezu classische Schilderung ist den Folgen der Fractur und deren üblen Zufällen gewidmet. Den Schluss des allgemeinen Theils bilden die traumatischen Luxationen und deren Reposition im Allgemeinen. Der zweite specielle, überaus reich illustrirte Theil (600 S.) zerfällt in die Fracturen und Luxationen der oberen und die der unteren Extremitäten. Wenn der hohe Preis des Buches und sein ausserordentlicher Umfang dasselbe in erster Linie zum Gebrauche des Klinikers und Fachchirurgen bestimmt erscheinen lassen, so findet anderseits gerade der vielbeschäftigte Praktiker, der doch in erster Linie zu plötzlichen Unglücksfällen gerufen wird, wie es die Fracturen und traumatischen Luxationen sind, in dem besprochenen Werke die nöthigen Winke und Vorschriften für alle denkbaren Fälle.

v. Buschman.

366. ***Siebenter periodischer internationaler Ophthalmologen-Congress.*** *Heidelberg, den 8.—11. August 1880. Bericht auf Grund der eingelieferten Manuscripte und der stenographischen Aufzeichnungen zusammengestellt von* ***Otto Becker*** *und* ***Wilhelm Hess.*** *Mit 8 Tafeln und 50 Abbildungen im Texte. Wiesbaden, Bergmann 1888.*

Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien hat in ihrer letzten Sitzung den Beschluss gefasst, die seit Jahren bestehenden „Medicinischen Jahrbücher“ aufzulassen. Der Hauptgrund hierfür war der Umstand, dass eine solche Menge von Archiven und Monatsschriften für einzelne medicinischen Disciplinen bestehen, dass Sammelschriften wie die „Jahrbücher“ keine Abnehmer und daher auch keine Arbeiter mehr finden. Ebenso geht es mit den verschiedenen medicinischen Congressen. Von den allgemeinen Naturforscherversammlungen haben sich eine Anzahl von medicinischen Specialcongressen losgelöst, die Internisten, die Chirurgen, die Gynäcologen, die Ohren- und Augenärzte u. s. w. tagen gesondert und nur die Vergnügungen werden noch gemeinsam genossen. Wie die Augenheilkunde die erste Specialität war, die sich von der übrigen Medicin abtrennte, so waren auch die Augenärzte die ersten, welche zuerst eine eigene Gesellschaft bildeten, die alljährlich in Heidelberg ihre, ernster Arbeit gewidmeten Versammlungen abhält, und nur von Zeit zu Zeit von den aus ihr hervorgegangenen internationalen Ophthalmologen-Congressen abgelöst wird. Der im Jahre 1888 abgehaltene 7. Congress war diesmal gleichfalls in Heidelberg zusammengetreten und das vorliegende, über 500 Seiten zählende Buch ist das Resultat desselben. Es



enthält eine Fülle wichtigen Materials in Vorträgen, vorbereiteten Referaten und sich anschliessenden Discussionen, von denen wir die über Strabismus, Staarextraction, über Glaucom, über Bactriologie in der Augenheilkunde besonders hervorheben wollen. Ueber das, was von allgemeinem Interesse ist, soll im speciellen Theile der Rundschau referirt werden; vorläufig möge nur die Aufmerksamkeit derjenigen Collegen, die sich für Augenheilkunde interessiren, auf das Buch gelenkt sein.

v. Reuss.

367. ***Die Entstehung der reflectorischen Pupillenbewegungen, für den akademischen und Selbstunterricht.*** *Von Dr.* ***H. Magnus,*** *a. ö. Prof. der Augenheilkunde in Breslau. Farbige Tafel und Text. Breslau 1889, Kern's Verlag.*

In den klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde 1888, p. 255 ff. war der Text und die Tafel bereits erschienen, doch war die Arbeit nicht zum Referate geeignet. Das Schema soll lediglich der topischen Diagnose der im Reflexring „optische Leitungsbahn-Oculomotorius“ auftretenden Störungen dienen, und sind in demselben alle anderen, die Pupillenbewegungen beeinflussenden Momente (so die mit Trigeminus und Sympathicus zusammenhängenden Pupillenbewegungen) weggelassen. Es wird an der noch fast allgemein festgehaltenen unvollständigen Kreuzung der Sehnerven im Chiasma festgehalten. Das Schema soll keine neuen Thatsachen bringen, sondern als Lehrmittel für den akademischen wie für den Selbstunterricht dienen. Als solches können wir es auf's Wärmste empfehlen, alle klinischen Lehrer müssen speciell für die vergrösserte Wiedergabe des Schemas dankbar sein. Die Tafel ist in Farben ausgeführt und es sind durch die Verschiedenheit derselben die verschiedenen Leitungsbahnen äusserst anschaulich gemacht. Von der ersten Ausgabe unterscheidet sich die vorliegende auch durch die Beifügung der Nomenclatur von *Heddäus.* *v. Reuss.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

368. ***Die Indicationen der Laparotomie bei acuten Processen.*** *Von Primararzt Dr.* ***Rob. Gersuny.*** *Nach dem Vortrag gehalten im Wiener med. Doctoren-Collegium. Sitzung vom 29. October 1888.*

Die Laparotomie, welche vor gar nicht langer Zeit noch ein sehr gefürchteter Eingriff war, gehört seit der Einführung der antiseptischen Behandlung und der Verbesserung der Technik der Ovariotomie zu den verhältnissmässig ungefährlichen Operationen. Die Gefahren, welche eine rasche Hilfe durch Laparotomie erfordern können, lassen sich nach *Gersuny* in 3 Gruppen bringen: 1. Blutung, 2. Peritonitis, 3. Resorption putrider Gifte.

Die Blutungen können Folgen von Verletzungen sein, entweder mit gleichzeitig grösseren Weichtheilverletzungen, oder auch ohne dieselben bei Rupturen innerer Organe, der Leber, Milz. Wenn äussere Verletzungen vorhanden sind, wird die Entscheidung leicht gegeben sein, schwierig jedoch, wenn das Trauma keine äussere Verletzung herbeigeführt hat, da in solchen Fällen die sichere Diagnose einer Blutung bei der Aehnlichkeit der Symptome der Anämie und des Shocks oft kaum zu stellen ist. Es kommen ferner Fälle von spontaner Blutung vor, die



einen raschen operativen Eingriff zur Rettung des Lebens erfordern können. Es handelte sich z. B. in einem Falle um eine beginnende Tubarschwangerschaft und drohende Verblutung in Folge Berstung der Tuba. Die Gefahr wurde erkannt und die Kranke durch die rasch vorgenommene Laparotomie und die gelungene Blutstillung vom sicheren Tode gerettet.

Bei Peritonitis wird die Laparotomie hauptsächlich eine vorbeugende Operation sein, wenn noch keine allgemeine oder septische Peritonitis vorhanden ist, besonders in Fällen, bei denen necrotische, nicht faulende Gewebe in der Bauchhöhle eingeschlossen sind, wie z. B. bei der Stieltorsion einer Ovarialgeschwulst. Die plötzlich in hohem Masse zunehmenden Beschwerden der Kranken erfordern einen möglichst raschen operativen Eingriff. Tritt hingegen die Störung in der Ernährung langsam ein, ruft dieselbe eine adhäsive Entzündung hervor, die gleichzeitig heilend eingreift, indem durch die Adhäsionen Gefässe in die Geschwulst hineinwachsen, welche ihre Ernährung vermitteln können. Für eine später durch das Wachsthum der Geschwulst nothwendig werdende Ovariotomie sind die Adhäsionen eine unerwünschte Complication.

Die Gefahren der Resorption putrider Stoffe, der Ptomaïne, kommen bei einer grossen Anzahl von Krankheitsprocessen in Betracht. Hierher gehört die septische Vergiftung bei Darmperforationen traumatischen oder ulcerösen Ursprunges, bei Berstung eines Abscesses in die Bauchhöhle, Ruptur der Gallenblase bei Obstruction derselben durch Gallensteine, bei Undurchgängigkeit des Darmes bei Volvulus, Strictur durch Narben, bindegewebige Stränge, Netzverwachsungen, bei innerer Einklemmung durch Massenreduction einer incarcerirten Hernie, Abknickungen des Darmes im Gefolge von Entzündungsprocessen oder durch angeborene Bildungsfehler bei Obturation oder Perforation des Darmes, durch von aussen in denselben gelangte Fremdkörper, eine Aufzählung, die noch immer nicht Anspruch auf Vollständigkeit machen kann. In allen diesen Fällen wird der Entschluss, ob man eine medicamentöse Behandlung einleiten oder zur Operation schreiten, und welche Operation man ausführen solle, in erster Linie von der Diagnose des Krankheitsprocesses und des momentanen Stadiums desselben beeinflusst werden. Die Schwierigkeit, in solchen Fällen, namentlich bei Invagination, Volvulus und innerer Einklemmung, die Diagnose zu stellen und das Stadium der Krankheit zu bestimmen, macht oft die Entscheidung für den Arzt höchst qualvoll, so dass es rathsam erscheint, als Ersatz für die oft fehlende Exactheit der Diagnose folgende Grundsätze für die Behandlung zu befolgen: Invagination und Volvulus sind nur in den ersten Tagen ein günstiges Feld für die Behandlung mit Eingiessungen, Lufteinblasungen, Magenausspülung, elektrischer Reizung. Diese Behandlungsweise hat nach *Gersuny* entschieden Erfolge aufzuweisen; durch Eingiessungen oder Lufteinblasungen kann der invaginirte Theil zurückgeschoben werden, durch Aufblasung des unteren Darmabschnittes wird eine Traction geübt, werden peristaltische Bewegungen veranlasst, welche die Lageverbesserung des Darmes, die theilweise Befreiung desselben von Strängen herbeiführen. Sind jedoch die ersten Tage der Erkrankung vorüber, haben sich bereits Adhäsionen gebildet, sind die Darmwände weich, zerreisslich geworden, können die erwähnten Proceduren kaum mehr Nutzen schaffen, ja geradezu die gefährlichste Folge, die Ruptur des Darmes, herbeiführen; dann ist vielmehr der Zeitpunkt für die Vornahme des operativen Eingriffes gekommen. Die Fälle, bei denen die Operation unterlassen wurde, Gangrän des invaginirten Darmstückes ein-

trat und der Kranke dennoch am Leben blieb, nach langer Zeit sich sogar erholte, sind so selten, dass sie eher dafür sprechen, den richtigen Zeitpunkt für die Operation nicht zu versäumen. Bei Behandlung des Ileus muss der Grundsatz gelten, mit der Anwendung der oben erwähnten energischen Mittel nicht zu zögern und wenn dieselben nicht in kurzer Zeit vollen Erfolg haben, ohne Zögern zur Operation zu schreiten.

Die im Jahre 1883 von *Schramm* im *Langenbeck*'schen Archiv veröffentlichte Statistik umfasst 190 Fälle von Laparotomien wegen Undurchgängigkeit des Darmes; davon wurden 68 geheilt und 122 endeten letal. In Bezug auf den Zeitpunkt vom Beginn der Krankheit bis zur Operation fand *Schramm*, dass von 17 in den ersten 3 Tagen operirten Fällen 9, also mehr als die Hälfte, günstig verliefen, von den am vierten bis neunten Tage 66 Operirten dagegen nur 17, also ungefähr der vierte Theil der Kranken, gerettet wurden. Von den 50 nach längerer Zeit Operirten kamen 26 mit dem Leben davon. Aus diesen Daten ergibt sich, dass die günstigsten Erfolge durch die Operation in den ersten 3 Tagen nach Beginn der Krankheit erzielt wurden. Die qu. Statistik gibt auch Antwort auf die oft geäusserten Bedenken, ob man das Hinderniss auch wirklich finde, und dasselbe, wenn man es aufgefunden, auch zu beseitigen im Stande ist. In den 190 von *Schramm* aufgezählten Fällen wurde das Hinderniss nur 8 Mal nicht gefunden, in 6 anderen Fällen wurde wohl ein Hinderniss beseitigt, bei der Section stellte sich jedoch heraus, dass noch ein zweites vorhandenes Hinderniss zum letalen Ende geführt hatte. In 7 Fällen konnte das gefundene Hinderniss nicht beseitigt werden. In den letzten 5 Jahren hat sich die Darmchirurgie wesentlich weiter entwickelt, man hat z. B. gelernt, ein nicht entwirrbares Hinderniss durch Umgehung desselben beseitigen zu können. Dahin gehört der Vorschlag von *Hacker*, diese Darmpartie zu exstirpiren. Eine Anzahl von Chirurgen hält zunächst die Anlage einer Darmfistel oberhalb des Hindernisses für angezeigt, und in der That genügt in manchen Fällen Entlastung des Darmes von seinem Inhalte, um eine Naturheilung zu ermöglichen; ist die Kothstauung beseitigt, so kann sich der Darm erholen; es wird die normale Circulation hergestellt. Die Fistel schliesst sich später spontan oder wird operativ beseitigt. Ebenso wird die Anlegung einer Darmfistel bei extremen Verengerungen des Darmes durch Narben oder Carcinome die Gefahr für den Kranken beseitigen, und die Laparotomie und Exstirpation kann nach Erholung des Kranken unter besseren Verhältnissen ausgeführt werden. Es gibt aber Fälle von innerer Einklemmung, bei denen die Blutcirculation gestört ist und daher die Gangrän trotz der Anlegung der Darmfistel eintritt, und endlich Fälle, bei denen das Hinderniss zu tief unten sitzt, z. B. bei Carcinom des S romanum, damit durch die Enterostomie die Entlastung des erkrankten Darmes erzielt werden könnte. Die Enterostomie ist jedoch nur dann zu machen, wenn der Kräftezustand des sehr herabgekommenen Kranken die Ausführung der Laparotomie nicht gestattet. Doch gibt es Fälle, welche eine viel raschere Entschliessung erfordern, z. B. Fälle von Darmperforation, von Berstung eines Abscesses und Erguss des eitrigen Inhaltes in die Bauchhöhle; hier hängt die Lebensrettung durch die Operation von Stunden, vielleicht von Minuten ab. So hat *Mikulicz* z. B. bei einer Darmperforation eines typhösen Geschwüres, *Stelzner* in Dresden bei einer einfachen Darmperforation durch rasche operative Hilfe den Kranken gerettet. Auch *Trendelenburg* berichtete über einen hierher

gehörigen Fall. Er hatte bei einem Kranken die Probepunction eines Lebertumors gemacht und durch dieselbe Eiter entleert; um das Ausfliessen des Eiters zu verhindern, wurde der Troicart in der Wunde belassen und befestigt, am anderen Morgen fand er den Kranken collabirt; der Abscess war verschwunden, in der Lumbargegend deutliche Dämpfung. Das Instrument war herausgeglitten, und der eiterartige Inhalt des Abscesses hatte sich in die Bauchhöhle ergossen. *Trendelenburg* eröffnete die Bauchhöhle, entleerte den Eiter durch die Seitenlage des Kranken, drainirte und schloss die Wunde. Der sehr collabirt gewesene Kranke erholte sich wieder. Wenige Stunden später wäre die Operation wohl erfolglos geblieben. — Aus der eigenen Erfahrung kann Vortr. im Ganzen von fünf Fällen berichten, bei denen die Eingiessungen die verloren gegangene Durchgängigkeit des Darmes wiederherstellten, und weitere fünf Fälle, bei denen es ihm gelang, nach der Laparotomie das Hinderniss im Darme zu beseitigen. Nur ein operirter Fall genas, bei den anderen vier Fällen war bereits septische Peritonitis vorhanden. — Eine 36jähr. Frau litt nach einer 2 Jahre vorher überstandenen Peritonitis an häufigem Erbrechen, hartnäckiger Obstipation und häufigem Harndrang; in der letzten Zeit sei der Bauch grösser und bei Druck schmerzhaft geworden. Bei der ersten Untersuchung hielt *Gersuny* den Tumor für eine schlaffe Ovarialcyste, bei genauerer Untersuchung für ein abgesacktes Exsudat. Bei der Laparotomie fand er das grosse Netz mit seinem freien Rande am Fundus uteri festgewachsen, über den ganzen Dünndarm ziemlich prall ausgespannt. Er löste das Netz ab, trennte die Verwachsungen zwischen Uterus und Blase; ebenso löste er die Adhäsionen zwischen Uterus und S romanum und dem Proc. vermiformis. — Nach der Operation hörten alle oben erwähnten Beschwerden der Patientin auf.

Kleine Mittheilungen.

369. ***Ueber die Zeit, wann Arzneien genommen werden sollen,*** äussert sich *R. Christison* wie folgt: Alkalien sollen vor dem Mahl genommen werden, Jod und seine Verbindungen sollen nüchtern genommen werden, weil sie dann schneller absorbirt werden. Während der Verdauung würden sie durch Säuren und stärkehaltige Substanzen verändert und in ihrer Wirkung geschwächt werden. — Säuren sollen während der Verdauung genommen werden, weil dann der Magen am geeignetsten ist, sie in's Blut überzuführen; nur wenn der Magen selbst zu viel Säure absondert, soll man sie vor der Mahlzeit nehmen. -- Starkwirkende Arzneien (Arsen, Kupfer, Zink etc.) sollen nach, Silbernitrat vor dem Mahle genommen werden, Sublimat, Tannin, Alkohol sollen in den Magen kommen, wenn er in Ruhe ist. — Phosphate, Leberthran, Malzextract sollen während der Mahlzeit genommen werden, um mit den Speisen zusammen verdaut zu werden. (Brit. med. Journ. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 15.)

370. ***Contraindication des Antipyrins während der Menstruation.*** *Huchard* berichtet (Revue générale de clin. et thérap. 1889. — Wien. klin. Wochenschr. 1889. 8), dass er in mehreren Fällen nach Eingabe von Antipyrin (1 Gramm) brüskes Aufhören der Menstruation und Auftreten von Intoxicationserscheinungen (heftiger Frost, Cyanose des Gesichtes und der Extremitäten und wiederholte Ohnmachten) beobachtet habe. Diese besonders in einem Falle sehr bedrohlichen, in den anderen Fällen weniger ausgesprochenen Erscheinungen bestimmen *Huchard,* das Antipyrin in den ersten zwei oder drei Tagen der Menstruation nicht zu verordnen.



371. ***Zur Stillung der Epistaxis*** empfiehlt *Geneuil* die Injection von frisch ausgepressten Limoniensaft mit einer kleinen Spritze, nachdem vorher die Blutklumpen durch Ausspülung der Nase entfernt worden waren. (Bull. gén. de Thérap. 30. Novbr. 1888. — Wien. med. Wochenschr. 1889. 6.)

372. ***Glycerin-Clystiere bei Diarrhöen und Prolapsus ani der Kinder*** empfiehlt *G. Rice.* Der Erfolg war in einzelnen Fällen geradezu zauberhaft. Gewöhnlich sind nur wenige Injectionen (1—3) von ungefähr 7·5 Gramm Glycerin nothwendig. (The Practitioner. 1888. — Therap. Monatsh. 1889. 2.)

373. ***Blindheit nach Opiumgenuss.*** *(Gyógyászat. — J.-R. des med.-chir. Centralbl. 1889, pag. 29.)*

Bei einem 30jähr. Manne, dem Stabsarzt *Hammerle* gegen Bleikolik 15 Gr. Opiumtinctur verordnete, trat Blindheit ein. Pat. sollte das Mittel tropfenweise nehmen, doch hatte derselbe das ganze Quantum in einer Nacht verbraucht. Die Kolik war Tags darauf wohl besser, aber der Kranke lag betäubt da, und sein Sehvermögen so geschwächt, dass er selbst das grellste Licht nicht wahrnahm. Nun wurden drastische Abführmittel gegeben. Die Kolik heilte, aber das Sehen kehrte erst am vierten Tage zurück. — *Hammerle* glaubt, das Opium habe in diesem Falle die Gefässe zur Zusammenziehung veranlasst, und da die Gefässe der Retina ohnehin eng sind und das Individuum auch sonst blutarm war, so dürfte die Blindheit eine Folge der Blutleere in den Gefässen der Netzhaut gewesen sein.

374. ***Salicylsäure bei bösartigem Scharlach*** empfiehlt Dr. *Chahkowsky* in Novosti. In 125 Fällen hatte er nur 3 Todte. Er verwendet nachstehende Formel:

Rp. *Acid. salicylic.* *0·90*
Aq. destillat. *7·775*
Syr. aurant. cort. 30·0 *Misc.*

Stündlich einen Kaffeelöffel bis zu einem Esslöffel voll während des Tages, in der Nacht zweistündlich. In 2—3 Tagen fällt die Temperatur von 41° C. auf 38·5 bis 38° C., den 10. Tag auf ungefähr 36·5°. Um einer Wiederkehr der Krankheit vorzubeugen, gibt man noch 2—3 Tage nach dem Aufhören des Fiebers zweistündlich das Mittel weiter. (Nouv. Remèd. 1889. — Pharmac. Post. 1889. 9.)

375. ***Menthol als Antineuralgicum*** empfiehlt *Mc. Laury* auch innerlich, und zwar bei Hemicranie, Infraorbital-Neuralgie und Kopfschmerz, auch gegen rheumatische und ischiadische Schmerzen in Dosen von 0·2—1·0 Gramm.

Rp. *Alcohol. rectif.* *30·00*
Menthol. cryst. *8·0*
Glycerini
Syrup. simpl. aa. 30·00

MDS. Ein Kaffeelöffel von dieser Mischung in warmem Wasser gelöst zu nehmen. Zur Darreichung in Kapseln verschreibt er:

Rp. *Menthol.* *4·0*
Sacchari lactis *0·60*

in zwölf Kapseln zu vertheilen; ein oder zwei Kapseln täglich zu nehmen. Auch lässt sich das Menthol mit Antifebrin oder Antipyrin combiniren.

Rp. *Menthol.*
Antifebrin. *aa. 4·0*
Sacchari lact. *q. s.*

in 24 Kapseln zu vertheilen; zwei Kapseln täglich zu nehmen.

(Therap. Gazette. 1889.)



Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Albert, Prof. E., Kundrat, Prof. H. und *Ludwig, Prof. E.* Medicinische Jahrbücher. Herausgegeben von der k. k. Gesellschaft der Aerzte. Jahrgang 1888. VII. Heft. Mit zwei Tafeln. Wien 1888, Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Inhalt: *Dionisio, Dr. Ignazio* in Turin. Methode zur Herstellung von Serienschnitten von in Celloidin eingebetteten Stücken. — *Werdnig, Dr. G.* in Graz. Ein Fall von disseminirter Sclerose des Rückenmarkes, verbunden mit secundären Degenerationen. Mit 1 Tafel. — *Putelli, Dr. Feruccio* in Venedig. Ueber Knorpelgeschwülste des Larynx. Mit 1 Tafel.

Bruns, Dr. P. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Mittheilungen aus den Kliniken zu Tübingen, Heidelberg, Zürich, Basel. Herausgegeben von *Bruns, Dr. P.,* Professor in Tübingen, *Czerny, Dr. V.,* Prof. in Heidelberg, *Krönlein, Dr. R. U.,* Prof. in Zürich, *Socin, Dr. A.,* Prof. in Basel. Vierter Band. Erstes Heft. Mit Abbildungen im Text und 5 lithographischen Tafeln. Tübingen 1888, Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung.

Gurlt, Dr. E., Geheimer Medicinalrath und Professor der Chirurgie an der kgl. Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin. Leitfaden für Operationsübungen am Cadaver und deren Verwerthung beim lebenden Menschen. Siebente verbesserte Auflage. Berlin 1889, Verlag von August Hirschwald, NW., Unter den Linden 68.

Guttmann, Dr. Paul, ärztlicher Director des städtischen Krankenhauses Moabit und Docent an der Universität in Berlin. Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie. Siebente vielfach verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin 1889, Verlag von August Hirschwald, NW., Unter den Linden 68.

Hoffa, Dr. Albert, Docent der Chirurgie an der Universität Würzburg. Lehrbuch der Fracturen und Luxationen für Aerzte und Studirende. Mit 335 Holzschnitten und 29 Tafeln. (Die Originale gezeichnet von Sanitätsrath *Dr. Florschütz.)* Zweite und dritte Lieferung (Schluss). Würzburg, Druck und Verlag der Stahel'schen Universitäts-Buch- u. Kunsthandlung, 18~8.

Magnus, Dr. H., a. o. Professor der Augenheilkunde in Breslau. Die Entstehung der reflectorischen Pupillenbewegungen für den akademischen und Selbstunterricht. Farbige Tafel und Text. Breslau 1889, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).

Volkmann, Richard v. Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern. Herausgegeben von —.

Nr. 332. *Frey Anton.* Die Schwitzbäder in physiologischer und therapeutischer Beziehung.

Nr. 333. *Leopold Christ. Gerh.* Ueber die Annähung der retroflectirten aufgerichteten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand.

Nr. 334/35. *Volkmann Rudolf.* Ueber den primären Krebs der Extremitäten. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf u. Härtel, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.


Als bestes natürliches Bitterwasser
bewährt & ärztlich empfoh'en.
Zu haben in allen
Mineralwasserdepôts
sowie in allen
Apotheken.
Saxlehner, Buda
HUNYADI JÁNOS
HUNYADI JÁNOS
Bittersalzquelle
Man wolle stets verlangen
Saxlehner's Bitterwasser
„Hunyadi János"
Anerkannte
Vorzüge:
Prompte, milde,
zuverlässige Wirkung.
Leicht, ausdauernd von den
Verdauungs-Organen vertragen.
Milder Geschmack. Andauernd gleichmässiger, nachhaltiger Effect. Geringe Dosis.

12



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

376. ***Ueber Akromegalie.*** *Von **W. A. Freund** in Strassburg. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 229/30.)*

Vor zwei Jahren hat *P. Marie* eine neue Krankheit unter dem Namen Akromegalie beschrieben, welche seither in weiteren eilf Fällen bekannt gemacht worden ist. Am genauesten hat sich *Erb* an der Hand eigener Beobachtungen damit beschäftigt, und würdigt der Verfasser auch dessen Arbeit sowohl was die Fixirung des klinischen Bildes als auch die Feststellung des anatomisch-pathologischen Befundes betrifft. Verfasser hat nun auf Grund eines Falles seiner eigenen 16jährigen Beobachtung ernste Studien über diese eigenthümliche Erkrankung gemacht, und ist zu folgendem Schlusse gekommen: Jedes Thier macht nach der Geburt bis zur vollen Entfaltung seines Organismus einen Entwicklungsgang durch, vermöge dessen es nicht nur wächst, sondern sich auch verändert. Diese Veränderung kömmt zum grössten Theile durch ungleichmässig fortschreitendes Wachsthum der einzelnen Leibesglieder zu Stande. Wahrscheinlich alle Säugethiere, sicher die anthropoiden Affen und der Mensch zeigen unmittelbar nach der Geburt ein auffallendes Vorwiegen der Hirnkapsel vor der Nasen- und Kiefer-Region, und dem Visceralskelette des Schädels, ebenso des Rumpfes vor den Extremitäten und den Gürtelbefestigungen. Mit der zweiten Zahnung und noch mehr mit der Entwicklung der Pubertät tritt in umgekehrtem Verhalten eine sehr schnell voraneilende Grössenentwicklung des Gesichtsschädels und der Extremitäten mit ihren Gürtelbefestigungen auf, welche erst mit vollendetem allgemeinen Wachsthume ihre normale Grenze findet. Der Mensch, welcher in der Wachsthumsperiode den kindlichen Habitus bewahrt, oder die kindlichen Proportionen sogar in's Uebermass treibt, wird ein Zwerg; der Mensch aber, welcher die der Pubertätszeit eigenthümlich zukommenden Wachsthumsproportionen in den oben genannten Zeitgrenzen in's Ungeheuerliche treibt, wird ein Riese. Zwerg- und Riesenwuchs sind mit der normalen menschlichen Wachsthumszeitgrenze für die ganze Lebenszeit stabilirt. Anders verhält es sich aber mit der Akromegalie. Diese ist eine Wachsthumsanomalie, welche, wahrscheinlich schon in der Zeit der zweiten Zahnung beginnend, sicher mit der Zeit der Pubertätsentwicklung energisch einsetzt, und in einer rapid auftretenden



über die physiologische Wachsthumsgrenze hinausgehenden Grössenentwicklung des Gesichtsschädels, vorzugsweise des Unterkiefers, und der Extremitäten mit ihren Gürtelbefestigungen bei nur secundär verändertem Verhalten des Gehirnschädels und des Rumpfes besteht. Auch sind bei allen darauf untersuchten Fällen von ausgebildeter Akromegalie die Geschlechtsfunctionen vollständig erloschen. Alle anderen von den verschiedenen Beobachtern beschriebenen Erscheinungen bei Akromegalie ausser dem über die Normalzeit hinausreichenden übermässigen Wachsthum des Gesichts und der Extremitäten sind als secundäre oder zufällige Complicationen zu betrachten. Die Disposition zur Akromegalie hat jeder in den kritischen Zeitabschnitt der Pubertätsentwicklung tretende Mensch; sie liegt aber in der Ablenkung der Wachsthumsenergie aus den bisher innegehaltenen in neue Bahnen. Die Akromegalie ist nach Ansicht des Verfassers eine viel häufiger vorkommende Abnormität, als man im Allgemeinen anzunehmen geneigt ist. In Schulen, Bädern, Spielplätzen u. s. w. hätte man nicht selten Gelegenheit dieses interessante Leiden in seinen Anfängen und geringeren Stadien zu studiren.

v. Buschman.

377. ***Ueber Nasenschwindel, speciell über Aprosexia nasalis.*** *Von Dr.* **Brügelmann**, *Inselbad. (Sonderabdruck der Therapeutischen Monatshefte. 1889. Februar.)*

Ein kürzlich von *Guye* in Amsterdam beschriebener Symptomencomplex, welchen er als Aprosexia nasalis bezeichnet, besteht in Schwindel, allmälig zunehmendem Verlust des Denk- und Reproductionsvermögens, Kopfschmerz, namentlich Morgens, gesteigert bis zu heftiger Hemicranie, Verlust bis Unvermögen zu jeder Thätigkeit, Gehörsstörungen und ein absoluter Widerwille gegen Alkoholica. Dabei sind die Nasengänge durch Schwellung der Scheimhaut stets mehr weniger verstopft. Die Pathogenese dieser Erscheinungen liegt im Zusammenhange zwischen den subduralen Lymphräumen des Gehirns und den Lymphgefässen der Nasenschleimhaut.

Dem Verf. ist nun kürzlich ein solcher Fall in Gestalt eines 54jährigen Herrn vorgekommen, der alle die oberwähnten Symptome in hochgradiger Entwicklung darbot, und nebenbei 17 Cigarren täglich rauchte, was dem Referenten von Seite des Verf. nicht genügend gewürdigt zu werden scheint. Die Erscheinungen von Seite der Nasenschleimhaut (Schwellung und Congestion) waren zwar nur geringe, aber da alle Anzeichen gegen das Vorhandensein einer Neurasthenia cerebrospinalis sprachen (? nach der Schilderung des Falles ist Ref. doch nicht ganz dieser Ansicht) — stellte *Brügelmann* hauptsächlich wegen der Alkoholophobie des Pat. die Diagnose doch auf Aprosexia nasalis, und leitete demgemäss die entsprechende Behandlung ein. Sie bestand in Cauterisation der Nasenschleimhaut und einer hinter das linke Ohr gelegten Fontanelle (Ung. stib., Kal. tart.), und führte nach 5 Wochen zur völligen Herstellung des Pat. (Aber auch das Rauchen hatte Pat. ganz aufgegeben und erst viel später als gesunder Mensch wieder sehr mässig betrieben! Ref.) Eine besondere Beachtung widmet *Brügelmann* dem Umstande, dass der vorher trübe satzige Urin sich im Laufe der Behandlung gänzlich aufhellte und fürderhin normal

blieb. Er erklärt dieses damit, dass unter der von der Nase aus hergebrachten Affection des Centralorganes gewisse (?) Krampfzustände des uropoëtischen Systems entstehen.

(Sollte es sich hier nicht um einen durch übermässiges Rauchen — 17 Cigarren — zum Neurastheniker gewordenen Lebemann handeln? Ref.) *v. Buschman.*

378. ***Ueber Urethralfieber.*** *Von **G. Frank Lydston** in Chicago. (Virginia Medical monthly. Januar 1889.)*

Unter Urethralfieber im weitesten Sinne sind alle jene krankhaften Erscheinungen aufzufassen, die in Folge von chronischen Erkrankungen des Urogenitaltractes accidentell oder nach Ausführung manueller chirurgischer Eingriffe zur Beobachtung gelangen, es dadurch entsteht, dass toxische Stoffe absorbirt werden, in die Blutbahn gelangen und den Alkaloiden gleiche Wirkungen entfalten. Es lassen sich graduelle Unterschiede beobachten. Der Autor unterscheidet 6 Formen, und zwar: 1. Die nervöse, die von keinem eigentlichen Fieber begleitet ist und nur in peripheren vasomotorischen Störungen nach Vornahme kleinerer operativer Eingriffe bei sonst nervös belasteten Kranken besteht und bald vorübergeht. 2. Die traumatische Form als Ausdruck excessiver Reaction nach chirurgischen Eingriffen mit der Neigung zu septischer Infection. 3. Die toxische mit der Tendenz zu Urinzersetzung und Bildung von organischen, den Pflanzenalkaloiden ähnlichen Giften. Diese bildet die typische Form des Urethralfiebers. 4. Die septische mit ihren circumscripten und diffusen Eiterungen in den verschiedensten Geweben und Organen des Körpers. 5. Die chronische, abhängig von Hindernissen und Beschwerden bei der Urinentleerung (Steine, Stricturen etc.). 6. Die gemischte Form durch Betheiligung mehrerer causaler Einflüsse. Dass theils organische, theils functionelle Störungen in den Nieren selbst zu diesem Urethralfieber Veranlassung geben können, ist selbstredend. Der klinische Verlauf dieser verschiedenen Formen ist stets zu berücksichtigen und die Erscheinungen nicht immer als urämische aufzufassen, da auch andere toxische Stoffe ähnliche Symptome zu produciren im Stande sind. Die therapeutischen Massnahmen sind zumeist prophylactischer Natur. Alkalinische Diuretica, Haut und Darm sind in normaler Thätigkeit zu erhalten. Innerlich am besten Borsäure oder Natr. salicyl. Antiseptische Auswaschungen der Blase sind am Platze. Absolute Ruhe, strenge Diät in den schweren Fällen sind consequent durchzuführen.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

379. ***Ueber die Bergkrankheit.*** *Von Dr. **G. v. Liebig**. Vortrag, gehalten auf dem XI. balneolog. Congresse zu Berlin. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 13.)*

Die Bergkrankheit befällt ungeübte Bergbesteiger in Höhen von etwa 3000 M. und darüber, sie äussert sich in geringerem Grade in schnellem Pulse, raschem Athmen mit dem Gefühle von Beengung und baldiger Ermüdung. In höheren Graden gesellen sich dazu die Anzeigen von Sauerstoffmangel im Blute: Versagen der Kraft in den Beinen, Schwindel, Uebelkeit etc., endlich Ueberfüllung des venösen Systemes und Blutaustritt aus



oberflächlichen Capillaren. Bei Einigen treten die Beschwerden nur bei Bewegung auf, bei Anderen bestehen sie in geringerem Grade auch in der Ruhe. Sie verlieren sich nach einem Aufenthalte von 7—14 Tagen in der betreffenden Höhe.

Zur Erklärung dieser Erscheinungen entwickelt Verf. seine eigene Ansicht, indem er zunächst auf die Verwandtschaft der Bergkrankheit mit ähnlichen Erscheinungen hinweist, die auch in niederen Gegenden bei aussergewöhnlicher Anstrengung auftreten. Die Erscheinungen entwickeln sich aus einer veränderten Lungenstellung, die im Tieflande durch die Beschränkung des tieferen Athmens bei angestrengtem Steigen verursacht wird, die aber in verdünnter Luft schon in der Ruhe eintreten kann. Unter einem stärkeren Luftdrucke beeinflusst die Dichte der Atmosphäre die Athmung, indem sie der Ausathmung einen gewissen Widerstand entgegensetzt, der diese verlangsamt. Unter dem verminderten Luftdrucke dagegen hat die Dichte der Luft abgenommen und die Ausathmung wird, uns unbewusst, beschleunigt.

Dieser Vorgang ändert nun die Athemthätigkeit zu unserem Nachtheile, dem wir nicht vorbeugen können, weil die Steuerung der Athembewegungen eine unwillkürliche und durch Gewohnheit einem stärkeren Widerstande der Atmosphäre angepasst ist. Es tritt unter stark vermindertem Luftdrucke eine rasche Wiederholung der zu schnell beendeten Athemzüge ein und dabei werden die Athemzüge auch weniger tief. Aus diesen Verhältnissen entwickelt sich der Sauerstoffmangel im Blute und die Ueberfüllung des venösen Systemes. Die Zustände verschlimmern sich durch körperliche Anstrengung, weil diese den Uebertritt des Blutes in die Venen, und zugleich auch das Sauerstoffbedürfniss vermehrt und die Herrschaft über das Athmen geht zuletzt durch die nervöse Erregung, welche der mangelnde Erfolg der Athemthätigkeit bewirkt, vollständig verloren. Es entsteht starke Dyspnoe, Uebelkeit etc. und auch Blutaustritte aus oberflächlichen Capillaren. Der Betroffene muss sich zuletzt auf den Boden niederlegen und die dann wieder eintretende körperliche Ruhe, sowie die Ermüdung der Athemmuskeln leitet endlich die Rückkehr zu einem normaleren Zustande wieder ein. Eine neue Gewöhnung an die veränderten Verhältnisse der Atmosphäre ist nothwendig, um uns auch unter dem verminderten Luftdrucke zu befähigen, dass wir unter allen Umständen richtig athmen. Personen, welche eine stärkere Lungenelasticität besitzen, sind den Zufällen leichter ausgesetzt, als andere. —*r.*

380. ***Fall von Dysphagie und Erweiterung des Oesophagus.*** *Von **M. Einhorn,*** New-York. *(The Medical Record. 29. Dec. 1888. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 7.)*

Es handelt sich um einen 45jährigen Mann, der im März 1888 auf der Strasse gefallen war, und bei dem sich 14 Tage später langsam Beschwerden beim Essen entwickelten. Pat. wusste sich in der ersten Zeit durch Trinken von warmen Wasser während der Mahlzeit zu helfen. Sobald Patient einige Bissen zu sich genommen hatte, stellte sich ein Gefühl von Beklemmung in der oberen Gastralgegend ein, das sich oft zu einem Erstickungsanfalle steigerte. Patient pflegte vom Tische aufzustehen, unter tiefer In- und Exspiration durch das Zimmer zu gehen und mit den



Händen auf den vorderen unteren Theil des Thorax zu drücken. Dieses Vorgehen brachte ihm Erleichterung, — Patient konnte nunmehr eine fernere Portion geniessen. — Die Beschwerden nahmen stetig zu, so dass Patient im Juni nur noch Flüssiges geniessen konnte. Patient pflegte, nachdem er eine Portion zu sich genommen hatte, aufrecht stehend, den Kopf etwas nach hinten zu lehnen, die Arme nach hinten zu richten, die Brust vorzudrängen und nach vorausgeschickter tiefer Inspiration die Glottis zu schliessen und zu pressen (er wandte dabei seine Exspirationsmuskeln an). Nur so konnte er das Genossene hinunterbringen. Patient verlor bis zum October 1888, wo er nach dem „Deutschen Dispensary" kam, 41 Pfund von seinem Körpergewicht. Die Sondenuntersuchung zeigte, dass keine Verengerung der Speiseröhre vorlag. Der Mageninhalt ergab einen normalen Chemismus. Die Krankheit bestand darin, dass beim Schlucken der Inhalt nicht nach den Magen gelangte, sondern oberhalb der Cardia sich in der Speiseröhre ansammelte. Letztere war nachweisbar dilatirt. Um zu zeigen, dass beim Schlucken in der That Alles in der Speiseröhre verweilte, stellte *Einhorn* folgendes Experiment an: Patient, der eine Stunde zuvor Kaffee getrunken, wird zunächst mit der Sonde untersucht, worauf der Oesophagus von den hier noch zurückgebliebenen Kaffeeresten (keine Reaction auf HCl!) entlastet wird. Patient trinkt hierauf ein Glas Wasser (250 Ccm.). Nach 2—3 Minuten wird der Schlauch (in einer Länge von etwa 40 Cm. von den Schneidezähnen gerechnet) eingeführt. Das Wasser kommt dabei von selbst heraus; es hat seine klare Farbe behalten, ergibt dieselbe Menge wie vorher und ist von neutraler Reaction. Nachdem aus dem Schlauche nichts mehr herauskommt, wird derselbe weiter bis in den Magen vorgeschoben, und der Patient wird angewiesen, zu exprimiren. Es kommt alsdann eine kaffeebraune Flüssigkeit heraus, welche Salzsäure enthält. Das Wasser, das Patient vorher getrunken hatte und welches ohne Kaffeefärbung herausgeholt werden konnte — zu einer Zeit, wo sich im Magen, wie nachträglich gezeigt wurde, Kaffee befand — beweist, dass das Wasser nicht nach dem Magen gekommen war, sondern oberhalb der Cardia in der Speiseröhre sich aufgehalten hatte. *Einhorn* glaubt als ätiologisches Moment den Fall vom März annehmen zu dürfen. Nach jenem Fall sei eine Störung im nervösen Gebiete aufgetreten, welche von nun an die Beförderung der Bissen aus der Speiseröhre in den Magen erschwerte; nachträglich hatte sich eine Dilatation des Oesophagus ausgebildet. Die hier vorliegende Störung glaubt *Einhorn* dadurch erklären zu können, dass die Cardia beim Schlucken nicht — wie es sonst zu geschehen pflegt — erschlaffe. Spastische Contractur der Cardia und Lähmung des Oesophagus möchte *Einhorn* ausschliessen, weil sich sonst eine erhebliche Dysphagie gleich nach dem Falle eingestellt hätte. — Patient ist nicht im Stande zu brechen. Nach *Meltzer* würde dies auf spastische Contractur der Cardia hinweisen. Allein, wenn man bedenkt, dass hier bereits eine erhebliche Dilatation vorhanden ist, so liegt die Möglichkeit vor, dass beim Brechen die Massen deshalb nicht nach aussen befördert werden, weil sich erstens der Oesophagus nicht contrahirt, und weil zweitens in der Speiseröhre reichlich Platz zum Verweilen des Inhalts vorhanden ist.



Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

381. ***Ueber Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin gegen Keuchhusten.*** *Von Dr. G. Leubuscher. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 7.)*

In neuester Zeit wurde besonders das Antipyrin als Specificum gegen Keuchhusten gerühmt, während über Antifebrin und Phenacetin bisher seltener und weniger günstig berichtet wurde. Während einer Keuchhustenepidemie in Jena und Umgebung hat *Leubuscher* sämmtliche in seine Behandlung gekommenen Keuchhustenfälle — circa 40 — mit den erwähnten Mitteln behandelt und hat sich im Grossen und Ganzen an die von *Sonnenberger* gegebenen Behandlungsregeln des Keuchhustens mit Antipyrin gehalten, d. h. er hat den betreffenden Kindern in drei-, eventuell viermaligen Dosen in 24 Stunden, jedes Mal so viel Decigramm Antipyrin verabfolgt, als das Kind Jahre, so viel Centigramm als es Monate zählte und hat das Mittel durch längere Zeit, auch nach dem Aufhören des Keuchhustens, fortgebrauchen lassen. — *Leubuscher* ist dabei zu der Ansicht gelangt, dass *Sonnenberger* in der Werthschätzung des Mittels zu weit gegangen ist. Es ist wohl im Stande, wenn es frühzeitig genug gegeben wird, den Verlauf des Keuchhustens in In- und Extensität zu beeinflussen. Bei *Sonnenberger* verlief die ganze Krankheit mit höchstens 6—7 Anfällen von geringer Intensität in 24 Stunden, nach 3—4 Wochen war der Keuchhusten ganz beseitigt. Dagegen gelang es in keinem einzigen Falle, wirklich den Keuchhusten zu coupiren. Unangenehme Nebenerscheinungen hat *Leubuscher* bei der fortgesetzten Anwendung des Medicamentes nicht gesehen, ausgenommen das Auftreten des bekannten Antipyrinexanthems nach relativ geringen Dosen bei einem 7jährigen Knaben. Nach diesen Resultaten dürfte die Anwendung des Medicamentes immerhin Empfehlung verdienen. Immerhin schien es wünschenswerth, die weniger theuren Ersatzmittel des Antipyrins auf ihre praktische Brauchbarkeit hin zu prüfen. Das Antifebrin wird bei Keuchhusten von *Sonnenberger* ziemlich ungünstig beurtheilt. *Leubuscher* hat nun mit dem Antifebrin so ziemlich dieselben günstigen Resultate erzielen können als mit dem Antipyrin, so dass er es bei weniger wohlhabenden Leuten schliesslich dem Antipyrin vorgezogen hat. Doch hält er die lange fortgesetzte Darreichung des Antifebrins nicht für ungefährlich, und wenn auch nicht gerade bei Keuchhusten, so hat er doch bei anderen Kranken bei fortgesetzter Darreichung grösserer Antifebrindosen Cyanose, Herzschwäche und Collapszustände auftreten sehen. Was endlich das Phenacetin betrifft, wurde es bisher nur von Dr. *Katz* in einer Discussion im Verein für innere Medicin in Berlin im Juli 1888 empfohlen, indem er mittheilte, dass er drei Fälle von Keuchhusten von 14tägiger Dauer sehr günstig durch Phenacetin beeinflusst gefunden habe. Nach *Leubuscher's* Erfahrung ist Phenacetin ein durchaus unwirksames Mittel bei Tussis convulsiva. Nur in einem einzigen Falle konnte er scheinbar eine Milderung der Krankheit constatiren; in allen übrigen blieb das Phenacetin ohne jeden Effect. *O. R.*



382. ***Die Pikrinsäure bei verschiedenen Formen von Dermatitis.*** *Von Dr.* ***Calvelli.*** *(Gaz. d. Ospit. 1889. 8. — Wiener med. Wochenschr. 1889. 10.)*

Verf. empfiehlt die Pikrinsäure zur Anwendung bei Erysipel, Lymphangoitis und Eczemen. Bei schwerem Erysipelas migrans mit Temperatur 40—41°, Delirien und grosser Prostration bewirkte die Pikrinsäure: 1. Abnahme der enormen und sehr schmerzhaften Stauung der entzündeten Partie, an deren Stelle eine weiche, leicht ödematöse Schwellung tritt. 2. Diese Wandlung zeigt sich binnen 12—24 Stunden, die ganze Krankheitsdauer richtet sich aber nach dem wandernden Charakter des Erysipels. 3. Das Fieber fällt, steigt aber bei jedem erneuten Hervorbrechen des Erysipels an anderer Stelle. Auch bei Lymphangoitis und dem trockenen rothen Eczem zeigt sich auf Application von Pikrinsäurelösung Abnahme der Röthung, Schwellung und des Schmerzes, sowie beschleunigte Heilung. *Calvelli* empfiehlt die Anwendung einer gesättigten wässerigen Lösung nach folgender Formel:

Rp.: Acidi picrici 1·50
Aq. destill. 250·0
S. 5—10 Mal täglich mit Pinsel aufzutragen.

383. ***Interne Anwendung des Chloroformwassers.*** *Von Dr.* ***Stepp,*** *Nürnberg. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 8. Correspbl. f. schweiz. Aerzte. 1889. 6.)*

Dr. *Stepp* in Nürnberg gab das Chloroform bei verschiedenen Leiden in einer Lösung von 0·5—1·0: 150·0 mit Syrup oder Aq. menth. Narcotisirende Wirkung übt es per os gegeben nicht aus, hingegen ist es ein gutes Analepticum, Puls und Allgemeinbefinden heben sich. Auf Schleimhäuten entfaltet es adstringirende und styptische Eigenschaften. Bei acuten Magen- und Darmerkrankungen ist mit Chloroformwasser kein schmerzstillender Erfolg zu erzielen. Es bewährt sich aber bei Kindern gut mit Opium combinirt — die Dosis des Opiums kann herabgesetzt werden, ohne des günstigen Effects verlustig zu gehen. Es beeinflusst die Gährung des Mageninhalts günstig. Vorzüglichen Erfolg verzeichnet *Stepp* bei Ulcus ventriculi — wahrscheinlich in Folge der styptischen Eigenschaften des Mittels. Als Mund- und Gurgelwasser soll es ebenfalls bei den verschiedensten Affectionen sich bewährt haben. Bei Keuchhusten und bei Diphtherie war kein Erfolg zu sehen. Sehr befriedigende Resultate ergab die Behandlung des Abdominaltyphus mit Chloroformwasser 1·0:150·0 in drei Theilen auf einen Tag. Das auffallendste Symptom war die Besserung des Sensoriums bei schwer benommenen Pat. Es wirkt als Reizmittel. Es ist noch zu bemerken, dass die interne Anwendung des Chloroformwassers in Deutschland vor 30 bis 40 Jahren vielfach geübt wurde, seither aber in Vergessenheit gerieth. In England sind für innerliche Darreichung 3 offic. Präparate in der Pharmacopoe vorgesehen. Aq. chlorof. 1: 200, Spir. chlorof. 1: 20. Tct. chlorof. compos. 2. Chlorof. auf 8 Spir. rect. und 10 Tct. Cardam. comp. Der Spir. chlorof. bietet in Dosen von 10—60 Tropfen einen beliebten Zusatz zu Mixturen. Auch gegen Malaria wird Chloroform gegeben, wenn Chinin versagt



384. ***Ueber den nachtheiligen Einfluss des Leuchtgases bei gleichzeitiger Anwendung des Chloroforms.*** *Von Prof. Dr. **O. Eversbusch** in Erlangen. (Münch. med. Wochenschr. 1889. 13.)*

Verf. bestätigt die Angabe von *V. O. de Meyer* und *Stobwasser* bezüglich der nachtheiligen Wirkung der Verbrennungsgase der Gaslampen bei gleichzeitiger Anwendung von Chloroform auf die Operirenden, welche sich darin äussert, dass diese nach circa $^1/_2$stündigem Aufenthalte in dem Operationsraume von einem quälenden Hustenreiz befallen werden, welcher erst schwindet, wenn sie den Operationsraum verlassen. *Eversbusch* machte übrigens die Erfahrung, dass die Entwicklung von Wasserdämpfen im Operationszimmer in Bezug auf die geschilderte Unzuträglichkeit vortheilhaft wirkt. Thatsächlich werden die Reizwirkungen jener Zersetzungsproducte von den Verbrennungsgasen und dem Chloroform bedeutend geringer, wenn in dem Raume gleichzeitig Wasserdampfentwicklung stattfand. Die Belästigung macht sich kaum bemerkbar, seitdem *Eversbusch* in dem Operationszimmer einen Wasserventilator und an der gegenüberliegenden Wand zwei Ventilationsvorrichtungen hat anbringen lassen. *O. R.*

385. ***Du traitement de la diphthérie par l'acide salicylique.*** *Par **A. D'Espine**. Vortrag, gehalten in der Genfer medicinischen Gesellschaft am 5. December 1888. (Revue méd. de la Suisse romande. 20. Januar 1889. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1889. 6.)*

Der durch sein Handbuch der Kinderkrankheiten rühmlich bekannte Prof. *D'Espine* setzt in vorliegender Mittheilung seine Behandlungsmethode der Diphtherie auseinander, begründet auf bacteriologische Untersuchungen, die Verf. zusammen mit Dr. *de Marignac* ausgeführt hat. Die beiden Forscher fanden, dass der *Löffler*'sche Bacillus, welchen sie als pathogen für die Diphtherie ansehen, getödtet wird bei 5 Minuten dauerndem Contact mit Salicylsäure in wässeriger Lösung von 1 : 2000. Diese Substanz wurde denn auch zur localen Behandlung der diphtherischen Rachenaffection gewählt, und zwar wurden die Pseudomembranen des Nasenrachenraumes mit einer $1^1/_2$—$2^0/_{00}$igen Lösung von Salicylsäure stündlich oder zweistündlich irrigirt. Vom Munde aus wurde die Irrigation mittelst eines Irrigators oder einer Birnspritze besorgt, in der Weise, dass ein scharfer Flüssigkeitsstrom die Pseudomembranen badet; für die Nase beschränkte man sich darauf, esslöffelweise die Salicylsäurelösung in die Nasenlöcher zu giessen; auf diese Weise sollen in den ersten 24 Stunden der Behandlung 1—2 L. der Lösung verbraucht werden. Die Methode der Irrigation hat den Vortheil energischer Application des Medicamentes, ohne Verletzungen zu setzen und Infectionspforten zu öffnen. Mehrere Stunden dieser Behandlung sollen oft genügen, um das Fieber zum Falle zu bringen, und nach zwei bis drei Tagen reinige sich der Rachen von Pseudomembranen. Wichtig ist der frühzeitige Beginn dieser Behandlung, und Verf. räth, bei Diphtherie-Epidemien prophylactisch Fälle von anscheinend einfacher Angina ebenso zu behandeln. Die Salicylsäure ist schon vor *D'Espine* gegen Diphtherie gebraucht worden; neu an seiner Behandlungsmethode ist die Anwendung

grosser Flüssigkeitsmengen mit dem Irrigator, und gerade diese Art der Application scheint sich in der Praxis zu bewähren. (Dem Ref. *E. Kummer* in Genf hat die Behandlungsmethode von *D'Espine* in mehreren Fällen entschiedene Dienste geleistet).

386. ***Ueber den Einfluss des Saccharins auf die Verdauung.*** *Von Prof.* ***Plugge.*** *(Nederl. Weekbl. 1888. II. 25. — Schmidt's Jahrb. 1889. 2.)*

Das Saccharin steht der Salicylsäure sehr nahe, es ist kein Nahrungsmittel und wird fast unverändert mit dem Harn entfernt. Die Fragen, welche sich *Plugge* vorlegte, waren: Uebt das Saccharin Einfluss auf die Digestion im Munde aus, beeinträchtigt es die Wirkung des Ptyalin? Beeinträchtigt es die Wirkung des Pepsin, des Trypsin oder die saccharificirende Wirkung des Pancreassaftes. Die sämmtlichen Digestionsversuche wurden bei Körpertemperatur vorgenommen. Es ergab sich, dass eine 0·03procentige Lösung die Wirkung des Ptyalin völlig aufhob. Nach Zusatz einer 0·02procentigen Lösung war erst nach 96 Stunden Zucker nachweisbar. Um den Einfluss des Saccharin auf die Magenverdauung zu studiren, benutzte *Plugge* künstlichen Magensaft. Es ergab sich, dass die Saccharinlösung die Verdauung des Eiweisses beträchtlich verlangsamte. Bei einer 0·33procentigen Lösung war erst nach 24 Stunden eine Aenderung zu sehen und das Eiweiss war erst nach 4 Tagen gelöst, während bei der Mischung ohne Zusatz von Saccharin schon nach 4 Stunden eine Aenderung sichtbar war und das Eiweiss nach 16 Stunden völlig digerirt war. Auf ähnliche Weise prüfte *Plugge* die Wirkung des Saccharin auf die Darmverdauung. Es ergab sich, dass Saccharin die Wirkung des Pancreassaftes gleichfalls beeinträchtigt, obgleich die Wirkung hier nicht so erheblich ist, wie beim sauren Magensaft. Die saccharificirende Wirkung wurde gleichfalls vermindert nach Hinzufügung einer Saccharinlösung. *Plugge* prüfte diese, indem er einer Mischung von Stärke mit einer Lösung von Pancreassaft in Glycerin das Saccharin hinzufügte. Während die Saccharification in dieser Lösung ohne Saccharinzusatz schon nach $2^1/_2$ Stunden vollendet war, war dieselbe nach Zusatz von 0·1% nach 16 Tagen noch nich nachweisbar. Auch nach Neutralisation der Lösung war die Wirkung des Saccharin deutlich und es hängt also die Hemmung nicht von der sauren Wirkung ab, wie *Salkowsky* annahm. Auf Grund dieser Versuche glaubt *Plugge* die Anwendung des Saccharin bei Diabetikern widerrathen zu müssen, weil bei ihnen besonders viel von einer guten Verdauung abhängt. Auch sei die Anwendung des Saccharin als Ersatz für Zucker in Nahrungsmitteln nicht zu gestatten.

387. ***Das Kalkwasser.*** *Von* ***E. Harnack.*** *(Berl. klin. Wochenschr. 1888. 18. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 7.)*

Die ärztliche Erfahrung hat sich des Kalkwassers zur Erfüllung von zwei Indicationen bedient, erstens als Adstringens und zweitens zur Auflösung diphtheritischer Pseudomembranen. Die adstringirende Wirkung des Kalkwassers führt H a r n a c k auf das Verhalten desselben zu den Fetten zurück; mit den in diesen enthaltenen geringen Mengen freier Fettsäuren bilden sich sofort die in Wasser unlöslichen Kalkseifen, wodurch das flüssige,



weiche Fett in eine zähe, festhaftende Masse verwandelt wird, die zur Bildung eines schützenden Flächenüberzugs besonders geeignet ist. So z. B. der Werth des Kalkwassers bei Verbrennungen, wobei ausserdem die sauren Producte, welche sich in den Geweben bei Verbrennungen bilden, noch neutralisirt werden. Ferner entsteht auch durch die Kohlensäure, besonders im Munde und den Luftwegen, äusserst fein präcipitirter kohlensaurer Kalk, welcher gleichfalls eine schützende Decke für die Zellen der Gewebsoberfläche bildet und das Eindringen von niederen Organismen erschwert. Der adstringirenden Wirkung widerspricht eigentlich die auflösende Wirkung; indessen erklärt sich dies folgendermassen: Das Fibrin der diphtheritischen Pseudomembranen wird zwar nicht gelöst, wohl aber wird der Klebestoff, das Mucin, gelöst, welches die feinen Fibrinpartikelchen zu einer compacten gallertigen Masse vereinigt. Die Inhalation von Kalkwasser ist bei Diphtherie unzweckmässig, da in der feinen Zerstäubung das Kalkwasser durch die Kohlensäure der Exspirationsluft sofort gefällt wird; es ist vielmehr als Gurgelwasser anzuwenden. Kalkwasser ist sonach das einzige unter unseren Adstringentien, welches zugleich lösend auf den Schleim einwirkt. Ferner kann wegen der geringen Löslichkeit des Kalkhydrates in Wasser nie eine so starke Lösung entstehen, dass die adstringirende Wirkung zu einer ätzenden und entzündungserregenden werden kann.

388. ***Die Salpetersäure-Vergiftungen und deren systematische Anwendung zum Zwecke der Provocatio abortus.*** *Von* **Bellin.** *(Westn. gigien i ssudenoi med. 1889. 1. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 11.)*

Die Volksmedicin wendet schon lange die Salpetersäure gegen Darm- und Leberleiden an; unbekannt war dagegen bisher die Verwendung derselben als Abortivum. Bellin berichtet über 8 einschlägige Beobachtungen an Prostituirten, welche zugleich deswegen besonderes Interesse beanspruchen, weil sie die ersten klinisch studirten Fälle chronischer Salpetersäure-Vergiftung repräsentiren. Die Säure wurde als Acid. nitr. crud. im Laufe von 1—4 Monaten in täglich aufsteigenden Dosen von 10 Tropfen bis $^1/_2$ Unze eingenommen. Vergiftungserscheinungen: Rapide tiefe Störung der Ernährung, äusserste Anämie, Schlaflosigkeit, Tremor, Symptome eines intensiven Gastrointestinalcatarrhs (starkes Erbrechen, Koliken), Verminderung der Harnabsonderung. Es ist begreiflich, dass bei so weitgehender Störung der Unterleibsorgane auch Abort eintreten kann (in der Hälfte der Fälle); derselbe ist aber nicht als directe Wirkung der Salpetersäure auf den Uterus anzusehen, sondern den durch die Intoxication bedingten allgemeinen Symptomen zuzuschreiben (Anämie, Degeneration der edlen Organe, Stauung im Pfortadersystem, Verengerung der arteriellen Gefässe, Behinderung des placentaren Gasaustausches). Die schweren Störungen schwanden meist nach Aussetzen des Mittels; in 2 Fällen aber führten die consecutiven gastralgischen Schmerzen zu Geistesstörung und Selbstmord. Sectionsbefund: Degeneration des Herzens, Muscatnussleber, Milztumor, Nephritis, Gehirnödem. Schliesslich warnt Verf. vor einer Verwechslung der beschriebenen Krankheitserscheinungen mit dem Vomitus gravid. perniciosus, welche bei constatirter



Gravidität leicht ist und selbst dem Arzt eine Veranlassung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft geben kann.

389. ***Die hydropathische Leibbinde als Hypnoticum.*** *Von Dr. M. Altdorfer, dirig. Arzt der Wasserheilanstalt St. Anne's Hill bei Cork. (Therap. Monatsh. 1889. 3. H.)*

Gegenüber der Thatsache, dass die Anwendung fast aller chemischen Hypnotica mit unangenehmen Nebenwirkungen verbunden ist, plaidirt Verf. für die Verwendung der von unliebsamen Nebenwirkungen ganz freien physikalischen Hypnotica, die im Allgemeinen viel zu wenig Beachtung finden. *Ewer* empfiehlt zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit methodisch angewendete Muskelbewegung. *Zabludowsky* u. A. rühmen die hypnotische Wirkung der Massage; die verschiedentlichsten hydropathischen Proceduren, wie warme Bäder, Douchen, Abreibungen, die feuchte Einwicklung werden von Anderen warm empfohlen. So wirksam alle diese Mittel in den geeigneten Fällen auch sind, so ist doch die Anwendung derselben mehr oder weniger umständlich. Ein physikalisches Heilmittel, das frei von diesem Uebelstande ist und nichtsdestoweniger glänzende Dienste in Fällen von Schlaflosigkeit leistet, besitzen wir nach *Altdorfer* in der hydropathischen Leibbinde. Besonders in den Fällen von Ueberreizung des Gehirnes mit vermehrter Thätigkeit des Organs werde man durch Beschränkung der Blutzufuhr eine zur Erzeugung von Schlaf günstige Bedingung schaffen, zumal wenn man noch daneben eine beruhigende Wirkung auf die Gehirnzellen ausüben könne. Diese Aufgabe werde durch die physikalischen Hypnotica erfüllt: Einerseits werde durch Massage, warme Bäder, feuchte Einpackungen etc. eine Erweiterung der Hautgefässe und damit eine collaterale Verengerung der Blutgefässe in den inneren Organen, besonders auch im Gehirn hervorgerufen *(Winternitz)*, andererseits werde durch die verschiedenen mechanischen und thermischen Reize eine Beruhigung der peripherischen Nervenendigungen bewirkt, die sich dann von der Peripherie zum Centrum verbreitet. Dieselbe Wirkung auf Blutgefässe und Ganglienzellen des Gehirns erziele man aber auch durch Anwendung der Leibbinde. Wenn man nämlich eine mässig feuchte leinene Binde um den Unterleib wickelt und darüber einen wasserdichten Stoff vermittelst einer breiten Flanellbinde befestigt, so werde sich die Temperatur des in der Leinwand vertheilten Wassers rasch ausgleichen; die Binde wird bald blutwarm und bleibt wegen der impermeablen Hüllen beständig feucht. *Schüller* hat nun zuerst durch directe Beobachtung am trepanirten Kaninchen gefunden, dass eine nasse kalte Compresse, auf den Bauch oder Rücken des Thieres gelegt, Erweiterung der Piagefässe, eine nasse warme Compresse, in derselben Weise applicirt, eine mehr oder minder lange dauernde Verengerung der Piagefässe bewirkt. Letzteres muss daher auch bei Application der oben beschriebenen Binde stattfinden. Da aber durch das Experiment bewiesen ist, dass derartige topische Reize nicht in einfach mechanischer Weise, sondern auf dem Wege des Nervensystems die Circulation in anderen Körpertheilen beeinflussen *(Naumann)*, und da *Stricker* entdeckt hat, dass an vielen Punkten Vasodilatatoren mit sensiblen Nerven ver-

laufen, so ist nach Verf. auch anzunehmen, dass die durch andauernde Berührung mit dem blutwarmen Wasserdampf — einem der Innentemperatur nahestehenden, gleichmässigen, nicht wechselnden Medium — bewirkte Beruhigung der peripherischen Hautnerven sich direct auf die Centraltheile des Nervensystems fortpflanzt. Wir sind also vermittelst der feuchtwarmen Leibbinde im Stande, die beiden hauptsächlichsten Vorbedingungen zur Erzeugung von Schlaf, nämlich eine cerebrale Anämie durch Einwirkung auf das Gefässsystem und eine verminderte Thätigkeit der Gehirnzellen durch directe Beeinflussung derselben zu schaffen. Besonders wirksam hat sich dem Verf. die Anwendung der hydropathischen Heilbinde erwiesen in leicht fieberhaften Zuständen, bei allen Dyspepsien, bei Neurosen, bei den meisten neurasthenischen und hysterischen Processen und ganz besonders in der Kinderpraxis. Wohl kommen auch Fälle vor, in denen man mit dem empfohlenen Verfahren nicht auskommt, und in denen man seine Zuflucht zu einem der chemischen Hypnotica nehmen muss, immerhin ist es jedoch besser, mit dem unschädlichsten Mittel den Anfang zu machen. *—r.*

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

390. ***Ein Fall von Gastroenterostomie mit Beobachtungen über die Thätigkeit des Magens und des Darmes nach der Genesung.*** *Von Dr. **Rydygier** und **Jaworski.** (Przeglad lekarski. 1889. 8 u. 9.)*

Rydygier operirte im vorigen Jahre einen 60jähr., hochgradig abgemagerten Mann wegen carcinomatöser Pylorus-Strictur mit so gutem Erfolge, dass der Patient bereits nach 4 Wochen als geheilt entlassen werden konnte. — Bei demselben wurden eine Zeit vor der Operation und nach erfolgter Entlassung aus der chirurgischen Behandlung die Functionen des Magens und des Darmes von *Jaworski* studirt. — Während vor der Operation in dem sehr sauren Mageninhalte k e i n e Salzsäure, dafür reichliche Mengen von Milchsäure, sehr kleine Mengen von Pepsin und Spuren von Essigsäure nachgewiesen werden konnten — da ferner in Folge der Pylorus-Strictur der Durchtritt des Mageninhaltes in den Darmtractus vollkommen abgeschlossen war — konnte bei weiterer, der Operation folgender Beobachtung eine constante Gewichtszunahme des Patienten, wie auch allmälige Rückkehr zu Kräften wahrgenommen werden. — Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes konnte dessen alkalische Reaction, vollkommenen Mangel an Salzsäure, Pepsin und Caseïnferment nachweisen, dagegen konnte die Anwesenheit des Caseïnzymogens constatirt werden. *Jaworski* unternahm einige recht lehrreiche Untersuchungen, die einiges Licht auf die Functionen des kranken Magens zu werfen im Stande sind. So z. B. liess er den Patienten Hühnereiweiss aufessen und 200 Cubikcentim. destillirtes Wasser nachtrinken, der nach $^3/_4$ Stunden entnommene Mageninhalt zeigte alkalische Reaction und vollkommen unverändertes Eiweiss. — Stärke war schon nach Verlauf von 1 Stunde vollkommen in



Zucker umgewandelt, die in den nüchternen Magen eingeführte Milch zeigte nach 20 Minuten gar keine Veränderung, nach 45 Minuten konnte erst deren Gerinnung constatirt werden. Das Filtrat vom Mageninhalt vermochte nicht ohne Zugabe von Calciumchlorid Caseïn zu fällen, was für die Abwesenheit des Caseïnfermentes spricht. Als der Patient 200 Cubikcentim. Milch mit 5 Cubikcentim. Ca Cl_2 genoss, konnte die Fällung des Caseïns im Mageninhalte schon nach 20 Minuten constatirt werden, was die therapeutische Notiz *Klemperer's*, dass bei einzelnen Personen die Kalksalze die Verdauung der Milch fördern, zu bestätigen scheint. Um sich zu überzeugen, ob überhaupt Pepsin und Caseïnferment in der Magenschleimhaut gebildet werden, hat *Jaworski* in 2 Experimenten je 200 Cubikcentim. $^1/_{10}$ norm. H Cl in den Magen eingeführt, nach $^1/_2$ Stunde konnte im Mageninhalt vollkommene Abwesenheit von Caseïnferment, dafür Propepsin und Caseïnzymogen als nachgewiesen betrachtet werden. Die weiteren Untersuchungen in der Frage, inwiefern die künstlich angelegte Passage zwischen Magen und Darm die Functionen des letzteren zu fördern im Stande sei, geprüft durch Darreichung verschiedener Medicamente und nachherigen Nachweis derselben im Urin oder Fäces, sowie durch mikroskopische Fäces-Untersuchung brachten den Beweis, dass die Darmfunctionen zur Norm zurückgekehrt und dass der Erfolg der Operation als ein vollkommener anzusehen war. *Karlinski.*

391. ***Anthrax traité avec des pulvérisations de sublimé corrosif. Guérison a peu près complète en huit jours.*** *Par Dr. **Bogdan** à Jassy. (Bullet. de la Société de Méd. etc. à Jassy. 1889.)*

Der folgende Fall hat insoferne ein praktisches Interesse, als derselbe zeigt, dass bei Messerscheuen der Anthrax durch locale medicamentöse Behandlung rasch zur Heilung gebracht werden kann. Eine 25jähr., sonst ganz gesunde Frau, stellt sich mit einem bedeutenden Anthrax am Rücken im Spitale St. Spiridon in Jassy vor. Die Patientin klagte über vehemente spannende Schmerzen und zeigte eine Temperatur von 38·2. Die angeordneten warmen Umschläge konnte die Patientin nicht vertragen. Gegen die ihr proponirte Incision protestirte die Kranke sehr energisch. In dieser Situation erinnerte sich der Autor, in ähnlichen Fällen bei *Verneuil* in Paris die Anwendung des Phenylspray gesehen zu haben. Er ersetzte blos das Phenyl durch Sublimat, in der Voraussetzung, dass dieses ein stärkeres Antisepticum gegen den Staphylococcus pyogenus aureus sei. Er gebrauchte eine Lösung von 1 : 2000 und liess den Spray 3 bis 4 Mal des Tags auf eine Entfernung von 30 Centim. durch 25 Minuten auf den Anthrax einwirken. Hierauf wurde ein in derselben Lösung getränkter Lappen auf den Anthrax gelegt, und mit einer Lage Makintosch versehen. Schon nach dem ersten Tage klagte die Kranke über weniger Schmerzen und die begrenzende Röthe zeigte sich abgeblasst. Am 3. Tage hat die Röthe gänzlich abgenommen und der Tumor ist weicher, auf Druck weniger empfindlich, aus einzelnen Stellen tritt Eiter aus. Bei der Untersuchung des Harns zeigt derselbe 1·35 Procent Zucker. Am 5. Tage fühlt sich Patientin sehr erleichtert, der



Tumor ist bis auf die Hälfte seines Umfanges gesunken. Aus den kraterförmigen Oeffnungen werden mittelst Pincette einige gangränöse Fetzen entfernt. Am 6. Tage fliesst kein Eiter mehr ab, die kraterförmigen Wundränder sind rein, mit gesunden Granulationen bedeckt. Am 8. Tage, nachdem die Wunde mittelst der Sublimatlösung abgespült und mit Jodoform verbunden wurde, verliess die Kranke fast gänzlich geheilt das Spital. Nach 3 Tagen stellte sich die Kranke zur Erneuerung des Verbandes wieder vor, und es zeigte sich, dass die Wunde fast gänzlich vernarbt sei. Diese einfache Behandlung mit einer so raschen und günstigen Heilung verdient jedenfalls Berücksichtigung und Nachahmung. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

392. ***Ueber primären Krebs der Clitorisgegend.*** *Von* ***Jules Dauriac.*** *(Thèse de Paris. 1888.)*

Verf. theilt 24 Fälle von primärem Cancer der Clitorisgegend mit; derselbe tritt hauptsächlich im Alter auf und ist meist epithelialer Natur. Nur selten findet man hier auch melanotisches und medulläres Carcinom, Scirrhus oder Sarcom. Die Krankheit entwickelt sich zumeist schleichend und wird erst spät in Folge von Ulcerationen und blutig serösen Ausflüssen erkannt. Diagnostisch kann das Leiden mit Hypertrophie der Clitoris, mit indurirtem Schanker, mit syphilitischen und tuberculösen Geschwüren verwechselt werden. Findet man nach der Diagnose des Leidens dasselbe genügend abgegrenzt, dann ist die operative Entfernung des Krebses angezeigt. Für diesen Fall empfiehlt *Dauriac* den Thermocauter. *O. R.*

393. ***Ein Beitrag zu den Vaginalcysten.*** *Von Prof.* ***Kleinwächter.*** *(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäc. XVI. Bd. 1. Heft.)*

Verf. hat im Verlaufe der letzten vier Jahre auf 1800 Fälle 10 mal Vaginalcysten beobachtet. Es werden diese 10 Fälle speciell vom Verf. beschrieben. In dem ersten Falle fand Verf. bei der mikroskopischen Untersuchung deutliche Reizungs- und Proliferationszustände in der Cystenwand. Die vordere Cystenwand zeigte eine glanduläre adenomatöse Degeneration, die hintere eine papilläre Proliferation. Ob diese Vaginalcyste als eine Vorstufe eines Vaginalkystoms angesehen werden soll, lässt Verf. dahingestellt sein; die Möglichkeit erscheine nicht ausgeschlossen, dass die in dem Präparat vorhandenen grossen Drüsenlumina die ersten Anlagen von Cysten darstellen. Es wäre darnach dieser Fall des Verf. von grossem wissenschaftlichen Interesse, insoferne als er beweist, dass in der Vagina Adenombildung vorkommen k a n n. Ob die Cystenhöhle in diesem Falle als ein präexistirender Raum aufzufassen sei, oder ob sie nur ein Product der adenomatösen Degeneration ist, lässt sich schwer beantworten. Im Falle 2 handelte es sich um einen hühnereigrossen Tumor, der in einen 5 Cm. langen, in die Vagina ziehenden Stiel überging. Derselbe wird aus der vorgezerrten hinteren Vaginalwand gebildet. Der Tumor kann dem abgeschnürten Stücke eines *Müller*'schen Ganges entstammen, es könnte aber auch eine abgeschnürte, cystös degenerirte blinddarmförmige *Lieberkühn*'sche Mastdarmdrüse, oder eine im paravaginalen Gewebe entstandene Cyste sein. Im Falle 3 spielt ein rudimentäres Horn eine Rolle insoferne, als demselben



eine Scheide angehört, die besser entwickelt ist, als das ihr zukommende Uterushorn. Es stellt mithin die Cyste eine Vagina vor. In diesem dritten Falle lag ein Uterus bicornis vor. Die Cyste im Falle 4 leitet Verf. von einem abgeschnürten Stücke eines *Müller*'schen Körpers her. Die Fälle 5 bis 8 sind Cysten, deren Genese auf dilatirte Drüsen oder Lymphfollikel der Vagina zurückzuführen sind. Fall 9 stellte eine Kolpohyperplasia cystica dar. Neben den Gascysten kamen hier noch auf der Mucosa der Vaginalportion vereiterte Lymphfollikel vor. Verf. nimmt an, dass die vereiterten Lymphfollikel die Entstehung von Gascysten wenn nicht veranlassen, so doch wenigstens begünstigen. Die Cyste im Falle 10 fasst Verf. als eine solche auf, welche ihren Ursprung aus einer Drüse der Nymphe nahm. Eine grosse Seltenheit. Fall 1 operirte Verf. mit Erfolg während der Menstruation.

v. Swiecicki.

394. ***Ein Fall von zerstörender Wucherung zurückgebliebener myxomatöser Chorionzotten (Epithelioma papillare corporis uteri?)*** *Von **H. Meyer** in Zürich. (Archiv f. Gynäk. Bd. XXXIII, Heft 1, pag. 53.)*

Eine Fünfundfünfzigjährige, die dreimal geboren, das letzte Mal vor 10 Jahren, fing, nachdem die Menstruation 5 Wochen ausgeblieben war, zu bluten an. Diese Blutung wiederholte sich in unregelmässigen Perioden, wobei gleichzeitig der Unterleib anschwoll. Als *Meyer* die Frau am 8. Mai 1886 untersuchte, fand er den Uterus dem sechsten Graviditätsmonate entsprechend vergrössert und in ihm ein auffallend weiches, schlaffes, flockiges Ovum. Der nicht zu stillenden Blutungen wegen räumte er das Ei aus, und zeigte es sich hierbei, dass eine Blasenmole da war. Daraufhin verkleinerte sich der Uterus und die Blutungen cessirten, doch bestand bis zum neunten Tage post operationem ein blutig seröser Wochenfluss. 5 Monate später kam die Frau, die während der Zeit wieder sehr stark geblutet, in desolatestem Zustande wieder zu *Meyer*. Er räumte aus der vergrösserten Gebärmutter Blutgerinnsel aus und fand die Uteruswand mit Fetzen bedeckt. Die Frau blutete trotz neuerlich vorgenommener Excochleation fort und starb Jänner 1887 hochgradig anämisch und heruntergekommen nach vorangegangenen Schüttelfrösten. Die herausgenommene Gebärmutter war vergrössert und zeigte an ihrer Innenwand einen fest anhaftenden fetzigen, stinkenden Belag. Unter diesem erschien die Uteruswand höckerig, wie angenagt, mit Zotten bedeckt. Darunter fand man sandkorn- bis linsengrosse rundliche Gewebepartien von filzigem Aussehen. Dieselben heben sich deutlich gegen die Umgebung ab und scheinen glattwandige Höhlen auszufüllen, welche sich theilweise gegen die Oberfläche zu öffnen. Diese besonders aussehenden Gewebstheile dringen nicht in die Muscularis ein. Hier und da ist die Uteruswand auf 8 Mm. verdünnt. Die Mucosa fehlt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass sich grössere und kleinere Herde eines atypischen Gewebes in die Muscularis einsenken. Aufgebaut ist dasselbe aus cylindrischen Strängen, die nahe aneinander liegen und sich mehrfach theilen. Bekleidet sind diese Stränge von hyalin degenerirten Epithelzellen. In ihrem Innern bestehen sie theils aus Epithelzellen, theils aus spindel-



förmigen Bindegewebszellen, Faserzellen und Eiterkörperchen. An manchen Stellen überwiegt das Bindegewebe. An anderen besteht der ganze Strang aus hyalin degenerirten Epithelzellen. Hier und da findet man abgesprengte Häufchen hyalin degenerirter Epithelmassen in kleinen Hohlräumen in der Muscularis liegen. Diese Hohlräume fasst *Meyer* als Lymphgefässe auf, in welche die Epithelzellen hinein wucherten. An manchen Stellen dringen die hyalinen Epithelzellen zwischen die Muskelfasern und nehmen da auch die angrenzenden Muskelfasern an dieser hyalinen Zellentartung theil. Das Cavum uteri ist mit zerfallenen fibrinösen Membranen bedeckt und geht von ihnen aus eine Eiterung in das Innere der Uteruswand, so dass man stellenweise Eiterherde in der Muscularis antrifft. *Meyer* fasst den Process als eine besondere, bisher noch nicht beobachtete Form der destruirenden Blasenmole auf. Während bei der destruirenden Molenbildung die degenerirten Chorionzotten in die Blutgefässe der Uteruswand hinein wuchern, erfolgte die Wucherung hier in die Lymphgefässe hinein bei gleichzeitiger hyaliner Degeneration der Chorionzotten. *Klebs* gibt diesen Neubildungen den Namen „Epithelioma papillare". *Kleinwächter.*

395. ***Die Wichtigkeit des Mikroskopes bei der Behandlung der weiblichen Sterilität.*** *Von H. Marion Sims. (The Americ. Journ. of Obstetr. 1888. Octoberheft, pag. 1055.)*

In einer der Sitzungen des letzt abgehaltenen Congresses der amerikanischen Gynäkologen zu Washington hielt *H. Marion Sims*, der Sohn des verstorbenen berühmten Gynäkologen *J. Marion Sims*, einen Vortrag über weibliche Sterilität. Wird man von einer Frau ihrer Kinderlosigkeit wegen consultirt, so muss man trachten, folgende Punkte zu eruiren: 1. Ist der Gatte im Stande, den Coitus auszuüben? 2. Ist dies die Frau im Stande? 3. Sind die Spermazellen gesund? 4. Ist das Ovum gesund? 5. Ist der Cervicalschleim normal? 6. Sind irgend welche pathologische Veränderungen da, welche das Sperma verhindern, mit dem Ovum zusammenzutreffen? Es ist daher der Ehegatte auf den normalen Befund seines Sperma zu prüfen. Da die Befruchtung des Ovums wahrscheinlich in den Tuben stattfindet, so sind diese Organe auf ihr normales oder pathologisches Verhalten zu prüfen. Weiterhin ist der Uterus zu untersuchen, ob er nicht deviirt, flectirt oder vertirt ist, ob die Cervix zerrissen ist, ob sie erkrankt ist oder nicht. Schliesslich hat man darauf zu achten, ob der äussere Muttermund zu enge ist, da eine solche Enge den Eintritt der Spermazellen behindern kann. Manche Erkrankungen der Tuben, des Uterus, sowie der Cervix sind mit einer Secretausscheidung complicirt, welche auf die Spermazellen tödtend einwirkt. Bei Gegenwart solcher Leiden, ebenso wie bei auffallend engem Muttermunde, lege man nach kurz vorher stattgefundenem Coitus ein dünnes Glasröhrchen in den Cervicalcanal und untersuche mikroskopisch die heraussickernde schleimige Flüssigkeit. Findet man keine Spermazellen oder todte solche, so gibt dies wichtige diagnostische Zeichen, die sich therapeutisch verwerthen lassen. Verlagerungen des Uterus sind zu beseitigen, Lacerationen der Cervix sind zu vernähen, Entzündungen, die da sind, sind zu bekämpfen. Sehr warm befürwortet *H. Marion Sims* die von



seinem Vater zuerst geübte Discision des Muttermundes bei Sterilität. Sie beseitigt sehr häufig die Sterilität. *Kleinwächter.*

396. ***Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Tamponade der Cervix mit Jodoformgaze.*** *Von Dr.* ***H. Dölger,*** *Assistent der geburtshilflichen gynäkologischen Klinik zu Würzburg. (Münch. med. Wochenschr. 1889. 13.)*

Bei dem in Wien geübten tiefen Eihautstich zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, dessen prompter Erfolg anerkannt wird, verzichtet der Operateur sofort auf den Vortheil möglichst langer Erhaltung der Fruchtblase. Es wird deshalb an der Verbesserung anderer Methoden gearbeitet. *Champetier de Ribes* brachte mit einem trichterförmigen Ballon, dessen oben gelegene Basis über das Orificium internum hinaufgeführt, durch 440 bis 640 Grm. einprocentiger Carbollösung aufgebläht, einen grössten Umfang von 33 Cm. erreicht, in 18 Fällen in 0—26 Stunden Wehen zu Stande. Prof. *Hofmeier* hielt die Tamponade der Cervix zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt geeignet. Die vordere Lippe der im *Simon*'schen Speculum freigelegten Portio wurde mit *Muzeux*'scher Zange gefasst, die Cervix durch Ausspülung und Auswischen mit feuchter Sublimatwatte gereinigt und dann mittelst Kornzange, Pincette oder Sonde mit zehnprocentiger Jodoformgaze gefüllt. Nach den mitgetheilten drei Fällen scheint, wenn man vom zweiten Falle absieht, in dem es sich um einen torpiden, abnorm resistenten Uterus handelt, die Methode *Hofmeier's* in kurzer Zeit gute Contractionen auszulösen und gleichzeitig den aseptischen Verlauf möglichst zu sichern. *O. R.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

397. ***Inhalationen von Quecksilberdämpfen bei croupöser Larynxstenose.*** *Von* ***Dr. Rothe*** *in Altenburg. (Memorabilien. 1889. 6.)*

Im Juni v. J. wurde in dem unter Verf.'s Leitung gestandenen Kinderhospital ein 4jähriges Mädchen mit ziemlich heftigen Croupsymptomen aufgenommen. So drohend schienen die Symptome, dass Verf. schon die Tracheotomie in's Auge fasste, vorher jedoch die Wirkung eines Brechmittels aus Hydrarg. subsulph. flavum, 0·10 pro dosi, abzuwarten beschloss. Auf dasselbe trat in der That eine auffallende Besserung ein, so dass Verf. glaubte, es nur mit einem Pseudocroup zu thun zu haben und demgemäss seine gewöhnlichen Mittel, Tart. stib., in $^1/_2$ Milligramm-Dosen stündlich, und *Priessnitz*'sche, zweistündlich zu wechselnde Halsumschläge verordnete. Aber am nächsten Tage trat wieder Verschlimmerung ein, die sich trotz wiederholter Brechmittel stetig steigerte, so dass Verf. endlich am 5. Tage, 2 Uhr Morgens, wegen drohender Erstickungsgefahr zur Tracheotomie Alles vorbereiten liess. Ehe jedoch der zur Assistenz gerufene College eintreffen konnte, vergingen etwa 20 Minuten, und diese glaubte Verf. zu einem Versuche mit den von Dr. *Corbin* (Brocklyn) empfohlenen Quecksilberinhalationen benutzen zu sollen: Mittelst einiger über das Bett gespannten halbirten Fassreifen

und einer Wolldecke war schnell ein hinlänglich geräumiges Zelt hergestellt und unter demselben zu Füssen des Kindes auf einem Teller ein Spirituskocher mit irdener Schale über der Flamme aufgestellt und in die Schale 2·0 Calomel gebracht. Sofort begann die Entwicklung der Dämpfe, welche durch einzelne Oeffnungen im Zelte auch nach aussen drangen und, wie Verf. sich überzeugte, mit Mund und Nase eingeathmet, keine wesentlichen Beschwerden verursachten. Das Kind war anfangs etwas unruhiger, sträubte sich aber nicht, unter dem Zelte zu bleiben, unter welchem sich schnell auch eine erhöhte Temperatur entwickelte. Nach etwa 5—8 Minuten schien es, als ob das sägende Athmungsgeräusch feuchter und das Athmen leichter und weniger gezogen werde, und als nach weiteren 10 Minuten der College eintraf, lag das Kind unter der nun gelüfteten Decke schlafend, schweissbedeckt und ruhig und regelmässig, wenn auch noch rauh und geräuschvoll, aber ohne alle dyspnoischen Zeichen athmend. Von der Operation war im Augenblicke keine Rede mehr. Es wurde angeordnet, die Inhalationen mit geringeren Calomeldosen alle 2—3 Stunden 10—15 Minuten lang und ausserdem bei drohenden Zwischenfällen zu wiederholen, immer aber auf die Operation vorbereitet zu bleiben. Einige heftigere dyspnoische Anfälle gaben noch während der beiden folgenden Tage und Nächte zu solchen Inhalationen Anlass, und waren stets von Erfolg. Vom vierten Tage waren überhaupt keine Inhalationen mehr nöthig. Genesung. Ein zweiter ähnlicher Fall betraf einen 7jährigen Knaben im September v. J. (s. Original). Ueber etwaige Wirkung der Inhalationen bei „diphtheritischem Croup", also bei Larynxstenose bei ausgesprochener Schlunddiphtherie, hat Verf. noch keine Gelegenheit zu Beobachtungen und Versuchen gehabt, doch würde er zu denselben, allerdings unter Empfehlung von Vorsicht, rathen.

398. ***Fall von Sarcom der Tonsille. Exstirpation, Heilung.*** *Von Dr.* ***Richardson.*** *(Boston med. and chirurg. Journal. 1888. 8.)*

Bei einer 63jährigen Frau war seit 2 Jahren eine der Tonsillen in eine Geschwulst umgewandelt, welche bis zum Zäpfchen reichte. Aeusserlich am Halse konnte nur eine geringe abgegrenzte Schwellung bemerkt werden. Die mikroskopische Prüfung eines Fragmentes der Neubildung liess dieselbe als Rundzellensarcom erkennen. Dasselbe wurde durch einen Einschnitt entfernt, welcher am inneren Rand des Sternocleidomostoideus ausgeführt wurde. Nach 3 Monaten war die Wunde vollständig vernarbt. Heilung. *O. R.*

399. ***Entfernung eines eingekapselten Cysticercus aus dem Auge.*** *Von Dr.* ***Stölting*** *in Hannover. (Gräfe's Archiv f. Ophthalmol. 34 Bd. 4. Heft. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1889. 2.)*

Zwanzigjähriger Soldat klagt über Abnahme des Sehens rechts. Schmerzen und Reizung fehlen. Fingerzählen bei etwas excentrischer Fixation auf 1·5 Meter. Einige Glaskörpertrübungen; Cyste nahe dem hinteren Pole mit daneben befindlicher Aderhautnarbe. Grösster Durchmesser meridional 7—8 Mm., Breite von 4—5 Mm.; ihr hinterer Pol ist 6 Mm. vom Opticus entfernt.



Sie zeigte eine klare Einschnürung. Auffällig war die absolute Starrheit und Undurchsichtigkeit der Cystenwand. Der erste Versuch operativer Entfernung missglückte. Der Schnitt lag etwa 1 Mm. neben der Cyste nach oben. Zwei Wochen später erfolgreiche Operation; es bedurfte festen Zuges. Im Inneren der zweikämmerigen Cyste lag eine Cysticercusblase. Die Cystenwand bestand aus degenerirter Retina; dieser haftete auch noch ein Stück Aderhaut an. Ungewöhnlich war die eigenthümlich feste Einkapselung des Entozoen. Netzhautablösung.

Dermatologie und Syphilis.

400. ***Sycosis.*** *A clinical study by* ***G. Th. Jackson.*** *(Journ. of cutan. and gen.-urin. dis. 1889. 1.)*

22 Fälle, von denen 16 genau beobachtet wurden, liegen der Mittheilung zu Grunde. Ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand ist ein hervorragender ätiologischer Factor. So fand *Jackson* die Krankheit häufiger bei Leuten, welche in schlechter Zimmerluft beschäftigt sind, insbesondere bei Schneidern. Mehr als ein Drittel litt an Dyspepsie und Obstipation. Zwischen 20 und 40 Jahren tritt sie am häufigsten auf. Der Verlauf ist exquisit chronisch; die Krankheit zeigt keine Neigung zu Spontanheilung. In acuten Fällen mit zahlreichen Pusteln empfiehlt *Jackson* die Epilation oder das Auskratzen, ferner Borsalbe oder *Lassar's* Zinksalicylpaste. Stündlich oder zweistündlich $^1/_{10}$ Gran Calciumsulfid; wenn ein acuter Ausbruch dabei erfolgt, muss damit vorläufig pausirt werden. In subacuten Fällen mit wenig Pusteln: Epilation und Auskratzung, *Bronson's* Salbe (Hydr. ammon. 1·2, Hydr. chlor. mit 1·8 (?), Vasel. 30·0), Sublimatlösungen, Theer- oder Schwefelsalbe; Seifenwaschungen mit nachfolgender Anwendung von Decksalben. In chronischen Fällen: Epilation oder Auskratzen; oder Kali causticum in Lösung. Starke Theersalben oder -Lösungen, aber nur wenn vorher kein Aetzkali angewandt wurde. Geschah dies, dann wende man einen milden Verband an. Seifenwaschungen. Die günstige Wirkung der Antiparasitica, besonders der Hg-Mittel, scheint dem Verf. für die coccogene Theorie der Sycosis zu sprechen.

Es soll etwa zweimal wöchentlich rasirt werden. Die Mittel sollen Tag und Nacht angewandt werden. Gleichzeitige Rhinitis muss behandelt werden. Diät und der allgemeine Gesundheitszustand des Pat. müssen beachtet werden.

Die Krankheit kann kaum jemals schnell geheilt werden. Nach anscheinend vollständiger Heilung sind Recidive nicht selten. Eine erfolgreiche Behandlung gelingt nur den fortgesetzten Bemühungen des Arztes und des Kranken.

Touton, Wiesbaden.

401. ***Ueber Lepra und deren Contagiosität.*** *Von* ***Fr. Daubler.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1889. 3.)*

Durch das Studium über die Verbreitung der Lepra unter den verschiedenen Völkern der Erde wird man nach *Daubler* schon



auf die Contagiosität der Krankheit hingewiesen. Diese Anschauung befestigte sich bei dem Autor noch durch seine persönlichen Erfahrungen an der Mittelmeerküste, in der Türkei, in Spanien, in Ostindien, in Afrika und Norwegen. Besonders bemerkenswerth in dieser Hinsicht erscheinen zwei auf Robben-Island in Südafrika, einer kleinen der Tafelbai vorgelagerten Insel gesehene Fälle von tuberöser Lepra, in denen Verf. nachweisen kann, dass die Lepra nicht anders als durch Ueberimpfung von Mensch zu Mensch bei der Schutzpockenimpfung entstanden ist. I. Fall. In der Familie der 36jährigen Pat., Mutter eines 12jährigen, durchaus gesunden Kindes, lässt sich Lepra vollkommen ausschliessen. Vor einigen Jahren wegen einer Pockenepidemie zum zweiten Male vaccinirt. In den zwei folgenden Monaten abendliche Fieberfröste, Durst, Mattigkeit, Anschwellung und braune Verfärbung der Impfstellen, welche 14 Tage post vaccinat. eine jede eine zweimarkstückgrosse braune Erhabenheit darstellte. Keine Bläschen oder Pusteln. Bis zur 5. Woche Zunahme, dann Abflachung; 10 Wochen nachher die Haut der Oberarme und des oberen Drittels der Vorderarme bräunlich verfärbt und faltig. Die braunen Flecken wuchsen trotz aller Mittel bis zur Mitte der Vorderarme. Leichte Fiebererscheinungen. In der 14. Woche heftiger Schüttelfrost, welcher in der nächsten Woche noch zweimal auftrat. Zur selben Zeit bräunliche Flecke auf Wangen- und Stirnhaut. Nach 18 Wochen die ersten knolligen Hervorragungen über dem rechten Tuber front., später auch auf der Wangenhaut. Zwei Jahre später wurde Pat. in die Leproserie geschickt. Als *Daubler* die Pat. sah, war die Haut über den Knollen hellweiss, abschuppend mit dunkelrothem Hof, die gewöhnlichen tiefen Hautwurzeln sind weniger bemerkbar. Die Krankheit hatte noch die Nase, den anderen Arm, die Unterschenkel, Zunge, Pharynx und Larynx ergriffen.

II. Fall. Die 15jährige Pat. ohne Lepra in der Familie wurde zur selben Zeit und von demselben Arzt wie die vorige revaccinirt. Dieselben Erscheinungen an den Impfstellen. Schon nach 2 Monaten dunkle prominente Flecke an Stirn und Wange. Als *Daubler* die Kranke sah, bestand die Erkrankung $3^1/_2$ Jahre. Vorzugsweise die Haut über der Nasenwurzel und Stirnmitte ergriffen, an der Wangenhaut hingen einige Knollen, dabei auch die Haut in continuo leicht afficirt.

Die Pat., von der die Lymphe zu diesen beiden Fällen stammte, war vor einigen Monaten an Lepra gestorben, in ihrer Familie war Lepra vorgekommen. *Daubler* hält die Uebertragung durch diese Impfungen für unanfechtbar. Er bemerkt noch, dass *Fr. Wynne* durch Injection von Pustelinhalt von den Händen leprös Anästhetischer in die Bauchhöhle von Mäusen und Kaninchen durch mikroskopische Untersuchungen bestätigte positive Resultate erzielte. *Touton*, Wiesbaden.

402. ***Zur Lehre vom Lichen ruber.*** *Von* ***S. Róna.*** *(Monatsh. f. prakt. Derm. 1888. 9, 11—13, 17 und 18.)*

Auf Grund von Literaturstudien und der Analyse 14 selbst beobachteter Fälle glaubt *Róna* schliessen zu sollen, dass die besondere Form eines Lichen ruber acuminatus weder klinisch, noch anatomisch begründet sei; mithin gebe es nur einen einheit-



lichen Lichen ruber. (Diesem Resultat stehen die Ansichten einer Reihe von Autoren, vor Allem *Kaposi*, gegenüber, welche einen Lichen ruber acuminatus sicher anerkennen. *Kaposi* kündigt in dieser Frage an [Vierteljahresschrift für Dermatologie. 1888, Heft V, pag. 832], dass er neues, positives Material vorbringen werde. Ref.)

Sternthal.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

403. ***Die Mikroorganismen des Nabelschnurrestes.*** *Von* ***S. Cholmogoroff*** *in Moskau. (Zeitschr f. Geburtsh. u. Gynäc. XVI. Bd. 1. Heft.)*

Dem Nabelverband wird mit Recht in Bezug auf das Gedeihen des Kindes grosse Bedeutung zugeschrieben. Verf. wendet seine Aufmerksamkeit den Vorgängen zu, welche im Strangrest vor sich gehen, und stellt sich die Frage auf, was für einen Charakter die im Strangrest etwa sich entwickelnden Mikroorganismen haben. Er suchte auf dem Wege des Experimentes festzustellen, ob man durch zweckentsprechende Behandlung die Entwicklung von Bacterien im Strangrest ganz verhindern oder wenigstens bis auf ein Minimum reduciren könne. Verfassers bacteriologische Untersuchungen wurden im Prof. *Babuchin*'schen Laboratorium angestellt. Während der ganzen Dauer der Untersuchungen war keine endemische Erkrankung an Wochenbettfieber vorhanden. Auf Grund seiner Experimente leugnet Verfasser das Vorkommen von irgend welchen Mikroorganismen im Nabelstrang des neugeborenen Kindes. Im Weiteren verfolgte Verf. die Entwicklung der Mikroorganismen unter einem einfachen Verbande mit hygroskopischer Watte, ferner den mit Lanolin und den mit Gyps. War die Nabelschnur mit hygroskopischer Watte behandelt, so entwickelte sich in allen Fällen Staphylococcus albus in grosser Menge, weniger oft kam Staphylococcus aureus, noch seltener Staphylococcus citreus und nur einmal Streptococcus pyogenes vor. Von nicht pathogenen Mikroorganismen beobachtete Verf. fast in allen Fällen Sarcina lutea und einmal grosse Mengen von Bacillus subtilis. Dieselben Mikroorganismen, auch in ihrem arithmetischen Verhältniss, welche sich im Strangrest bei Behandlung der Nabelschnur mit hygroskopischer Watte auffinden lassen, hat Verf. auch bei Behandlung der Nabelschnur mit Lanolin cultiviren können. Die Anwendung von Gyps verhindert nach Verf. nicht die Entwicklung von nicht pathogenen Bacterien, wohl aber wurde das Wachsthum der pathogenen Organismen bedeutend gehemmt. Sie entwickeln sich lediglich in dem kleineren Segmente der Nabelschnur, und zwar in sehr geringer Anzahl. Streptococcen hat Verf. nicht gesehen. Alle pathogenen Mikroorganismen, die Verf. im Nabelstrang nachweisen konnte, sind identisch mit den Bacterien, welche in den Lochien der an Puerperalfieber oder an Pyämie im Allgemeinen Erkrankten aufgefunden werden. Dieser Umstand lässt eine Uebertragung des



septischen Virus vom Nabelstrang des gesunden Kindes auf das Kind selbst und auf die Puerpera möglich erscheinen. Eine rationelle Behandlung ist im Interesse des Kindes und der Mutter erforderlich. Der Gypsverband ist ein für die Entwicklung von pathogenen Bacterien sehr wenig geeigneter Boden. Das Auftreten von pathogenen Mikroorganismen in der Nabelschnur ist unabhängig von der Erkrankung der Puerpera an Puerperalfieber und des Kindes an Blennorrhoe. *v. Swiecicki.*

404. ***Verhalten der Körpertemperatur bei Tag und Nacht.*** *(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1889. 6.)*

Bekanntlich ist die normale Temperatur des menschlichen Körpers des Morgens am niedrigsten, steigt dann bis Abends zu einem Maximum, um in der Nacht allmälig wieder abzufallen. Schon *Krieger* hat nachgewiesen, dass man den beschriebenen typischen Gang der Temperaturcurve umkehren kann, wenn man am Tage schläft und alle sonstigen Tagesverrichtungen des Nachts ausführt. Der durch Muskelarbeit und Nahrungszufuhr vermehrte Stoffumsatz ist eben die Ursache der Temperatursteigerung. Durch Professor *Huguenin* veranlasst, hat *W. Buchser*, Ingenieur in Rodi, welcher am Tag schläft und Nachts arbeitet, eine Anzahl Temperaturmessungen gemacht, welche die *Krieger*'sche Mittheilung bestätigen:

		Morgen	Abend			Morgen	Abend
Februar	6.	—	36·8	Februar	15.	37·4	36·9
„	7.	37·2	36·7	„	16.	37·3	36·8
„	8.	37·4	36·6	„	20.	—	36·8
„	9.	37·2	36·8	„	21.	37·2	36·7
„	11.	—	36·7	„	22.	37·5	36·9
„	12.	37·4	37·0	„	23.	37·1	36·7
„	14.	—	36·8	„	27.	37·0	36·8

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

405. ***Beiträge zur Lehre von der Magendarm-Schwimmprobe.*** *Von Dr.* ***Zillesen.*** *(Dissert. inaug. Bonn 1887. — Frommel's Jahresb. über d. Fortschr. der Geburtsh. und Gynäk.)*

Die Versuche *Zillesen's* über die Magendarm Schwimmprobe ergaben zunächst, dass der Magen eine deutlich nachweisbare Menge von Luft in kleinen Bläschen enthalten kann, ohne deshalb schon schwimmfähig zu sein. Es ist deshalb nöthig, den Luftgehalt des Magens durch Aufschneiden desselben unter Wasser zu prüfen. Besonders wenn der Magen neben einer verhältnissmässig grossen Luftmenge auch viel Flüssigkeit enthält, wird er in seiner Schwimmfähigkeit beeinträchtigt. Ferner constatirte *Zillesen* an neugeborenen Thieren, denen er alsbald nach der Geburt einen linksseitigen Pneumothorax angelegt hatte, dass der Magen, nachdem die Thiere längere Zeit gelebt hatten, trotzdem keine Luft enthielt und schliesst hieraus, dass der bereits lufthaltig gewordene Magen minder luftleer geworden ist. Demgemäss lässt sich die luftleere Beschaffenheit des Magen-Darmtractus bei gleichfalls luftleeren Lungen nicht zu Gunsten der Annahme verwerthen, dass die Lungen überhaupt nicht lufthaltig gewesen



sind. Das Bestehen eines linksseitigen Pneumothorax erklärt *Zillesen* für ein Hinderniss für eine weitere Luftaufnahme in den Magen. In einem Falle von Perforation eines wahrscheinlich schon abgestorbenen Kindes ergab die Section vollkommen luftleere Lungen, dagegen starke Ausdehnung des Magens durch Luft; *Zillesen* erklärt diesen Befund aus einem intrauterinen Schlucken von Luft. Endlich untersuchte *Zillesen* das Verhalten des Gasgehaltes des Intestinaltractus nach verschieden langer Fäulniss und fand, dass zwar Magen und Darm durch Entwicklung von Fäulnissgasblasen schwimmfähig werden können, dass aber eine Ansammlung von Fäulnissgasblasen im Lumen oder in den Wandungen des Intestinaltractus meist erst bei höheren Fäulnissgraden stattfindet, in welchem auch die Lungen bereits mit Fäulnissgasen durchsetzt sind.

406. ***Ueber Safransurrogat.*** *Von* ***Th. Weyl.*** *(Berl. klin. Wochenschr. 1888. 31.)*

Nach den vom Verfasser ausgeführten Thierversuchen ist das Dinitrokresol, welches zum Färben von Nahrungsmitteln in der Technik Verwendung findet, giftig. *Weyl* berichtet ausführlich über einen Fall von Dinitrokresol-Vergiftung beim Menschen: Eine Frau (in Bremerhafen) hatte sich in der Apotheke Safran holen lassen und die erhaltene Quantität, welche *Weyl* auf 3¼ Grm. Dinitrokresol schätzt, eingenommen, worauf sehr bald Krämpfe und Kurzathmigkeit und nach 5 Stunden der Tod eintrat. Bei der Section wurde eine blassgelbe Färbung der Bauchdecken, der Conjunctiva des Auges und der Schleimhaut des Mundes, aber keine Aetzung gefunden; im Herzbeutel fand sich ein dunkelgelbes Serum, in den Bronchien gelbgrüne Flüssigkeit; die Magenschleimhaut war von einer braungelben Masse bedeckt, auch der Harn enthielt gelben Farbstoff. Es wäre demnach das Dinitrokresol von dem Gebrauche zur Färbung von Nahrungs- und Genussmitteln gesetzlich auszuschliessen.

O. R.

407. ***Ueber den Einfluss der elektrischen Beleuchtung auf die Augen der damit beschäftigten Personen.*** *Von* ***Ljubinski.*** *Vortrag beim 3. Congr. russ. Aerzte zu Petersburg im Januar 1889. (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1889.)*

Vortr. hat in etwa 30 Fällen Gelegenheit gehabt, bei Leuten, die mit elektrischen Schiffslaternen (Lichtstärke von 300—1200 Kerzen) zu thun hatten, eine eigenartige Augenerkrankung zu beobachten. Dieselbe besteht in Anfällen von Schmerz, hochgradigster Lichtscheu, Thränenfluss etc., welche meist des Nachts, viele Stunden nach der Einwirkung des elektrischen Lichtes, plötzlich auftreten; am folgenden Tage sind diese Erscheinungen gewöhnlich geschwunden; manchmal wiederholen sich solche Anfälle noch während der folgenden Nächte. Ophthalmoskopisch war eine deutliche Hyperämie des Sehnerveneintrittes zu erkennen; bei einem Patienten, der die Affection schon 4mal durchgemacht hatte, fanden sich kleine Plaques in der Gegend der Macula lutea, ohne dass Scotome bestanden; die Erkrankung zeigt eine gewisse Analogie mit der nach Sonnenfinsternissen beobachteten; sie ist verschieden von der durch Einwirkung beleuchteter Flächen



(Schneefelder, Sandwüsten) hervorgerufenen; ausser der Lichtwirkung kommen wohl auch thermische Einflüsse in Betracht. An Kaninchen ausgeführte Experimente gaben keine verwerthbaren Resultate. Therapie: kühle Umschläge, Cocain, Narcotica. In der darauffolgenden Discussion zeigt *Maklakow* an seinen Armen ein Erythem, das er experimenti causa durch die Einwirkung eines *Volta*'schen Bogens hervorgerufen hat.

408. ***Ein pathogener Spaltpilz aus Zwischendeckfüllung.*** *Von* ***Utpadel.*** *(Archiv für Hygiene. VI.)*

Eine aus dem Garnisonslazareth zu Augsburg stammende Zwischendeckfüllung, die aus sandigem Lehm mit Bauschutt, Stroh und Holzspähnen bestand, war an das hygienische Institut zu München eingesandt worden, weil in jenem Lazareth während einer Reihe von Jahren Hausinfectionen von Typhus, Wundinfectionskrankheiten u. s. w. vorgekommen waren und man eine Unterlage zur Entscheidung der Frage zu erlangen wünschte, ob Erneuerung der Zwischendecken nothwendig sei. Das eingesandte Material hatte folgende chemische Zusammensetzung:

Asche	1366·990	Gwth.
In Wasser lösliche Stoffe .	6·639	„
Cl Na	1·938	„
$N_2 O_5$	0·5084	„
N	1·7189	„

Erforderte zur Oxydation organischer Stoffe . . . . 1·1056 Gwth. O.

Meerschweinchen, welche mit kleinen Mengen des Materials geimpft waren, erkrankten und starben. Bei ihnen fand sich constant eine Form von Bacterien, die 1·25—1·5 μ lang und 0·75—1·0 μ dick, an ihren Enden abgerundet waren. Die Krankheitssymptome waren sehr ähnlich denen des malignen Oedems, die Bacillen glichen aber nicht denen des Oedems. Nach den Untersuchungen *Gesser's* sollen die hier bezeichneten Spaltpilze ziemlich constante Bewohner des menschlichen Dünndarms sein. Dr. *E. Lewy.*

409. ***Die Desinfectionsmittel.*** *Deutscher Verein für öffentl. Gesundheitspflege. Suppl.-Bd. XX. Braunschweig 1888.*

Der bedeutendste Fortschritt in der Desinfectionslehre während der letzten vier bis fünf Jahre ist die allgemeine und bedingungslose Anerkennung der Richtigkeit jener zuerst von deutscher Seite festgestellten Beobachtungen, dass strömender Wasserdampf von 100—105° C. ungleich rascher und sicherer die pathogenen Mikroben tödtet, als trockene Hitze derselben oder noch erheblich höherer Grade, dass er viel schneller als letztere in das Innere poröser Objecte, z. B. Kleidungsstücke, Wolldecken, Matratzen eindringt, und dass er die meisten zu desinficirenden Gegenstände nicht schädigt, während trockene Hitze mit den Graden, welche zur sicheren Desinfection nöthig sind (140—160°), sehr viele Objecte stark schädigt. Ein weiterer Fortschritt liegt in der Ermittlung der Thatsache, dass Sublimatlösung, welche man eine Zeit lang als ein nahezu souveränes Desinficiens anzusehen geneigt war, dies keineswegs ist, dass sie in eiweisshaltigen Massen ihre Kraft mehr oder weniger stark, selbst vollständig einbüsst, dass sie sogar in einer Stärke



von 1 : 500 Tuberkelbacillen enthaltende Sputa nicht desinficirt, und ferner in dem Ergebniss der Forschung, dass schweflige Säure, Chlorgas und Brom erst in viel stärkeren Concentrationen, als man früher annahm, desinficirend wirken und dass sie diese Wirkung am sichersten nach vorheriger Anfeuchtung der Luft entfalten. Von weittragender Bedeutung ist ausserdem die jüngsthin gemachte Beobachtung, dass Zusatz von $^1/_2$ Proc. Salz- oder Weinsäure zur Sublimatlösung, wie auch zu 3 Proc., resp. 5 Proc. Carbolsäurelösungen deren desinficirende Wirkungen ausserordentlich erhöht und sie der ersteren, selbst in eiweisshaltigen Massen sichert. Die Salicylsäure erreicht nach *E. Fanta's* Versuchen in wässeriger Lösung nicht einmal eine 1proc. Carbolsäurelösung und hat sie in 10proc. alkoholischer Lösung gar keine antiseptische Wirkung. Eine Lösung von 5 Theilen Natr. salicylic. in 100 Theilen Glycerin ist gleichfalls ohne Wirkung; dasselbe gilt von einer 5proc. wässerigen Lösung des Natr. salicyl. Dagegen vermag der Zusatz von 1 Gramm Salicylsäure zu 1000 Cubikcentimeter Nährsubstrat die Entwicklung von Staphyloc. aureus, von 1 Gramm Salicylsäure zu 1155 Cubikcentimeter Nährsubstrat diejenige der Milzbrandbacillen aufzuheben. Thymol in 1proc. wässeriger Lösung wirkt auf trockene wie feuchte Bacterien nicht tödtend, wohl aber die Entwicklung hemmend. Aseptol in 10proc. Lösung tödtet trockene und feuchte Bacterien erst nach einer Reihe von Stunden. Aseptinsäure = Salicylaldehydwasserstoffsuperoxyd ist nicht so wirksam wie Carbolsäure, aber von den nicht giftigen Antisepticis doch noch am meisten zu empfehlen. Serumsublimat vermag als Zusatz zu Agar-Agar im Verhältniss von 1 : 300 das Wachsthum von Milzbrandsporen, im Verhältniss von 1 : 200 dasjenige der Eitercoccen zu behindern.

Die Desinfectionskraft des Creolins wurde von *Esmarch* geprüft. Dieser aus englischen Steinkohlen gewonnene Körper kommt als syrupdicke, dunkelbraun gefärbte Flüssigkeit in den Handel, riecht stark nach Theer und bildet mit Wasser eine Emulsion. Der Autor stellte nun Untersuchungen darüber an, wie das Creolin auf Typhus-, Cholera-, Milzbrandbacillen, sowie auf Staphylococcen einwirkt und nahm auch Controlversuche mit Carbolsäure vor. Es stellte sich dabei heraus, dass eine 4 pro Mille, 5 pro Mille und 10 pro Mille Creolin enthaltende Flüssigkeit entschieden kräftiger als eine 4 pro Mille, 5 pro Mille und 10 pro Mille Carbolsäurelösung auf jene Spaltpilze einwirkte. Als jedoch die Versuche mit Flüssigkeiten erneuert wurden, welche Sporen jener Pilze und 5 Proc. Creolin, resp. 5 Proc. Carbolsäure enthielten, zeigte sich die letztere dem ersteren überlegen. Unbefriedigend war auch das Resultat, als Creolin zu einer Faulflüssigkeit gesetzt wurde. Denn selbst nach geraumer Zeit waren aus derselben die Mikroorganismen noch keineswegs geschwunden. Es ist demnach ein sicheres Desinficiens nicht zu nennen. Im Uebrigen constatirte *Esmarch* eine nicht unwesentliche Verschiedenheit der einzelnen Creolinpräparate bezüglich ihrer Desinfectionskraft.

Ueber die antiseptische Wirkung des Jodoforms, der ätherischen Oele und einiger anderer Substanzen, sowie



über das Eindringen gasförmiger Antiseptica in Gelatine verbreitete sich *Riedlin.* Er fand durch zahlreiche Versuche Folgendes: 1. Jodoform ist den Spaltpilzen gegenüber fast indifferent oder ein schwaches Antisepticum, gegen Cholerabacillen aber ein kräftiges Antisepticum. 2. Terpentinöl in 1 Proc. Emulsion wirkt kräftig hemmend auf Bacterienvegetationen. 3. Lavendel-, Eucalyptus-, Rosmarinöl sind von allen ätherischen Oelen die antiseptisch wirksamsten. 4. Nächst ihnen wirkt Nelkenöl am meisten antiseptisch. 5. Jodol ist ein gegen Bacterien indifferentes Pulver. 6. Perubalsam ist ein ziemlich kräftiges Antisepticum und wirkt besonders energisch gegen Cholerabacillen. 7. Natrium sulfo-ichthyolicum in 5proc. wässeriger Lösung wirkt äusserst schwach antiseptisch. 8. Von hervorragend antiseptischer Wirkung ist Anilin, resp. gesättigtes Anilinwasser. 9. Gasförmige Antiseptica dringen zum Theil tief in Gelatine ein; besonders gilt dies von Ammoniak und Schwefelkohlenstoff. Dr. *E. Lewy.*

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

410. *Eine neue Behandlungsmethode der epidemischen Diphtheritis.*

Von Dr. A. Hennig.

Berl. klin. Wochenschr. 1889. 7. 8.

Referirt von Dr. Steigenberger in Budapest.

Nach den Erfahrungen, die Verf. an 1054 Diphtheritisfällen mit seiner Behandlungsmethode gemacht und bei welcher er eine Mortalität von nur 2·7% gesehen — die epidemische und Scharlachdiphtherie zusammengenommen, während dieselbe bei der epidemischen Diphtherie allein genommen nur 0·9% ausmacht —, veranlasst ihn, diese Methode näher zu beschreiben und zu empfehlen. Es handelte sich in allen Fällen um sicher festgestellte Diphtheritisfälle mit Membranbildung und nicht um den sogenannten diphtheritischen Catarrh nach *Gerhardt.*

Die Behandlungsmethode besteht nun in Folgendem: Bei ausgebrochener Mund- und Rachendiphtherie ohne Betheiligung der Nasenschleimhaut und des Nasenrachenraumes lässt er in $^1/_4 - ^1/_2$stündlichen Intervallen mit reinem Kalkwasser — einer wässerigen Lösung von Calciumoxydhydrat (gelöschter Kalk) in Wasser — von Stubentemperatur tüchtig gurgeln und nach jeder Gurgelung einen Schluck von 10·0—20·0 Kalkwasser — je nach dem Alter des Pat. — nehmen. Wer nicht gurgeln kann, erhält das Kalkwasser nur intern in Dosen von 20·0—30·0. Einen guten Ersatz für das Gurgeln gewährt, namentlich bei Erwachsenen, die Aufnahme eines grösseren Quantums Kalkwasser in den Mund und nach hinten übergeneigtem Kopfe. Diese Gurgelungen, respective Auswaschungen werden so lange fortgesetzt, bis mit aller Sicherheit nicht nur ein Stillstand in



der Ausbreitung der Membranen, sondern sogar eine Abnahme derselben zu constatiren ist.

Der Geschmack des Kalkwassers widersteht wohl vielen Kindern und es muss daher durch Ueberredungskünste den kleinen Pat. beigebracht werden. Gewaltthätiges Beibringen könnte nur schaden, nachdem es für den Verlauf der Krankheit von entschiedener Bedeutung ist, dass die Kinder psychisch nicht aufgeregt werden. Hier zeigt es sich, was gute Erziehung gerade bei einer Krankheit zu bedeuten hat, und so paradox es auch klingen mag, so ist es doch wahr, dass bei Diphtheritis gehorsame Kinder schneller gesunden, als ungehorsame. Als Curiosum in der Geschmacksrichtung erwähnt Verf. den Fall eines dreijährigen Kindes, dessen Vater an schwerer Diphtheritis litt und Kalkwasser zum Gurgeln und Trinken stehen hatte. In einem unbemerkten Momente eignete sich das Kind die Kalkwasserflasche an und trank in einer halben Stunde fast 1 L. Kalkwasser aus, ohne im Geringsten dadurch in seinem Allgemeinbefinden geschädigt worden zu sein.

In denjenigen Fällen, in welchen weder gegurgelt, noch geschluckt werden kann, wendet Verf. mit gutem Erfolge den *Richardson*'schen Zerstäuber an. Dabei muss jedoch darauf geachtet werden, dass der Zerstäuber nicht zu weit vom Munde gehalten werde und womöglich das Ansatzrohr mit einem Gummischlauch überzogen im Munde gehalten wird, und dass ferner nur während der Inspiration zerstäubt wird, weil sonst durch Einfluss der Kohlensäure der Exspirationsluft das Kalkwasser durch Bildung von Kalkcarbonat (Kreide) unwirksam wird.

Das Kalkwasser übt keinen nachtheiligen Einfluss auf den Organismus und kann selbst bis auf 3 L. in 24 Stunden genommen werden. Das Wundwerden des Rachens und der Lippen bei längerem Gebrauche stört die Genesung in keiner Weise. Vorsichtshalber empfiehlt es sich indessen, die Lippen mehrmals täglich mit reinem Vaseline einzuschmieren. Ferner empfiehlt Verf. das Kalkwasser zum jedesmaligen Gebrauch frisch in das Glas einzugiessen und es nicht offen stehen zu lassen, weil es sonst, wie erwähnt, durch die Bildung von Kalkcarbonat unwirksam wird. Neben dem Kalkwasser wendet Verf. das Eis in Form des Eisbeutels um den Hals an. Derselbe wird in länglicher Form — am besten eignet sich dazu der Oesophagus der Kinder, vulgo Kinderschlund genannt — von einem zum anderen Ohr vor dem Kehlkopf um den Hals gelegt. Der Eisbeutel wird in ein viereckiges Tuch gelegt und ein Durchsickern des Wassers sorgfältig vermieden. In dieser Weise benützt, übt der Eisbeutel bei allen Kranken einen wohlthuenden Eindruck, die Temperatur sinkt um ein Bedeutendes, der Puls wird kräftiger, das Schlucken wird leichter und der Exsudationsprocess lässt wesentlich nach. Der Eisbeutel wurde in allen Fällen längere Zeit hindurch unausgesetzt Tag und Nacht sehr gut vertragen, und wurde nur dann entfernt, wenn über Frösteln im Allgemeinen, Steifheit im Nacken, locales Brennen in der Kehlkopfgegend geklagt wurde, selbst wenn diese subjectiven Beschwerden, wie in einzelnen Fällen, erst am sechsten oder siebenten Tage oder noch später auftraten.

Gelegentlich wendet Verf. neben Kalkwasser und Eisblase auch das chlorsaure Kali (2·0—6·0 : 200·0, je nach dem Alter) an, von welchem er 2 – 3stündlich einen Thee- oder Esslöffel gab. Vor den Gurgelungen mit diesem Mittel warnt Verf. wegen der bekannten toxischen Wirkung desselben. Am besten wird es noch bei vollem Magen vertragen. Bei sehr hohem Fieber machte er bei Erwachsenen von Antipyrin, bei Kindern von Antifebrin, Anfangs jedoch in sehr kleinen Dosen Gebrauch.

Als Nahrungsmittel steht die aufgekochte, in Eis gestellte Milch obenan, von der in 24 Stunden bis zu 2 L. und mehr genommen wird, hin und wieder mit einem eingerührten Eigelb, etwa 2—4 pro die. Ausserdem Bouillon und gebratenes, leichtes Fleisch. Bei dieser Kost befinden sich die Kranken wohl, wenn nur für regelmässige Leibesöffnung gesorgt wird. Sind beim Schlucken Schmerzen vorhanden, so lässt Verf. öfters Eispillen, wenn möglich von künstlichem Eis, geben, bei Wohlhabenden Vanille-Eis.

(Schluss folgt.)

Literatur.

411. ***Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie.*** *Unter Mitwirkung von Dr.* ***Ahlfeld, Bumm, Frommel, Hofmeier, Loehlein, Saenger, Schwarz, Stumpf, Veit*** *und* ***Wyder.*** *Herausgegeben von Professor Dr.* ***Richard Frommel*** *in Erlangen. I. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1887. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1888.*

Bei der ausserordentlichen literarischen Hochfluth, welche sich besonders auf dem Terrain der Geburtshilfe und Gynäkologie mächtig geltend macht, ist es als ein glücklicher Gedanke des Herausgebers zu bezeichnen, in einem Jahrbuche einen sicheren Compass zu geben, welcher es ermöglicht, eine rasche Fahrt durch die immer höher gehenden Wogen in kurzer Zeit zu unternehmen. Ohne Bild und präcise gesagt, es ist nicht blos für den praktischen Arzt, sondern sogar für den Specialisten geradezu unmöglich, von allen den Journalartikeln und Schriften, welche im Laufe eines Jahres, die genannten beiden Fächer betreffend, erschienen, Kenntniss zu nehmen und es ist höchst erfreulich, eine vollständige und klare zusammenfassende Uebersicht zu erhalten, besonders wenn diese von der Hand so ausgezeichneter Fachmänner geboten wird, wie in diesem Jahrbuche. Die Literatur wird in folgenden Abschnitten besprochen: I. Geburtshilfe: Lehrbücher, Lehrmittel, Hebammenwesen, Anatomie der weiblichen Sexualorgane und des Beckens, Entwicklungsgeschichte der weiblichen Sexualorgane, Physiologie der Gravidität, Physiologie der Geburt und des Wochenbettes, Pathologie der Gravidität, Geburt und des Wochenbettes, Geburtshilfliche Operationslehre und gerichtsärztliche Geburtshilfe. II. Gynäkologie: Lehrbücher, Lehrmittel, Untersuchungsmethoden, Pathologie des Uterus, Neubildungen des Uterus, der Ligamente und Tuben, der Scheide und Vulva, Ovarien, Krankheiten der Harnorgane, Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. Diese kurze Inhaltsangabe zeigt schon, wie systematisch stofflich geordnet die Bearbeitung ist und wir können hinzufügen, dass dieselbe ebenso präcise wie vollständig durchgeführt ist. Die äussere Ausstattung ist eine sorgfältige und



das handliche Buch wird sich gewiss in ärztlichen Kreisen bald einzubürgern verstehen. Prof. Dr. *Kisch*, Prag-Marienbad.

412. ***Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie.*** *Mit besonderer Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Studirenden, der praktischen Aerzte und der Gerichtsärzte. Von Dr.* ***J. L. A. Koch****, Director der k. k. Staats-Irrenanstalt zu Zwiefalten. II. verb. u. verm. Auflage. Ravensburg, Verlag der Dorn'schen Buchhandlung, 1889.*

In neuerer Zeit wird das Bedürfniss, kurzgefasste Lehrbücher und Compendien zu benützen, von Tag zu Tag stärker empfunden. Das obgenannte Büchlein Dr. *Koch's*, welches in klarer, meistens auf eigener Erfahrung basirten Art und Weise neben der wünschenswerthen Kürze und Vermeidung der specialistischen Details und verwirrenden Controversen das Ganze in einer Gedrängtheit darstellt wird für den Studirenden ein wünschenswerthes Compendium, für den praktischen Arzt ein empfehlenswerthes Nachschlagebuch bilden. Die moderne und meisterhaft durchgeführte Eintheilung des Stoffes — die klare und fesselnde Vortragsweise wird dem Leser wesentlich das Studium erleichtern — was gewiss bei einem so schwierigen Gegenstande nicht ohne Vortheil sein kann. — Die Zugabe einiger erläuternden Beispiele und Krankheitsgeschichten würde allerdings besonders für den Studirenden erwünscht sein.

Karlinski.

413. ***Beiträge zur klinischen Chirurgie.*** *Mittheilungen aus den Kliniken zu Tübingen, Heidelberg, Zürich, Basel. Herausgegeben von den Professoren* ***P. Bruns*** *(Tübingen),* ***V. Czerny*** *(Heidelberg),* ***U. Kroenlein*** *(Zürich),* ***A. Socin*** *(Basel). Redigirt von Dr.* ***P. Bruns.*** *IV. Bd., 1. Heft. Mit Abbildungen im Text und 5 lithographischen Tafeln. Tübingen 1888, Verlag der H Laupp'schen Buchhandlung.*

Die „Beiträge zur klinischen Chirurgie", welche bisher ein ausschliesslich die Arbeiten der Tübinger Klinik enthaltendes Organ darstellten, erscheinen nunmehr — vom vierten Bande an als gemeinschaftliches Organ sämmtlicher Publicationen, welche aus den vier nach ihrer geographischen Lage benachbarten Kliniken Basel, Heidelberg, Tübingen und Zürich hervorgehen. Die Namen der Vorstände dieser 4 chirurgischen Kliniken bürgen für den wissenschaftlichen Werth und die praktische Bedeutung der Arbeiten und Berichte, welche förder in diesem Organ veröffentlicht werden, zugleich aber auch für die Mannigfaltigkeit des Inhaltes, indem die Vorstände der einzelnen Kliniken wohl durch den gemeinsamen Charakter der deutschen Wissenschaft mit einander verbunden, auf dem so weiten Gebiete der Chirurgie sich nicht kreuzen, wohl aber ergänzen werden. Das vorliegende 1. Heft enthält: Aus der Züricher chirurg. Klinik, I. Herniologische Beobachtungen (1 Artikel) von Dr. *Conrad Brunner;* aus der Heidelberger chirurg. Klinik, II. Die Geschwülste der Brustdrüse, von Dr. *C. B. Schmidt;* aus der Tübinger chirurg. Klinik, III. Ueber die Verbiegung des Schenkelhalses im Wachsthumsalter. Ein neues Krankheitsbild, von Dr. *Ernst Müller;* aus der Heidelberger chirurg. Klinik. IV. Ueber die Vornähung der rückwärts gelagerten Gebärmutter, von Prof. Dr. *V. Czerny;* aus der Tübinger chirurg. Klinik, VI. Beiträge zur Leber-Chirurgie, von Dr. *C. Garré;* aus der Baseler chirurg. Klinik. VII. Eine Nephrektomie bei einseitig erkrankter Hufeisenniere, von Prof. Dr. *A. Socin*; aus der Tübinger chirurgischen Klinik, VIII. Ueber die Jodoformbehandlung der tuberculösen Abscesse, insbesonders der spondylitischen

Senkungsabscesse, von Prof. Dr. *P. Bruns*. Druck und lithographische Tafeln sind sehr sorgfältig ausgeführt. Die so reichhaltigen „Beiträge" werden auch in ihrer erweiterten Form die Verbreitung finden, welche ihnen als hervorragendes Organ der wissenschaftlichen und praktischen Chirurgie in hohem Masse gebührt. *—r.*

414. ***Therapeutisches Recepttaschenbuch für Aerzte.*** *Von Dr.* ***Michaelis*** *in Waldenburg. Berlin, L. Heuser, 1889.*

In der stetig und rapid wachsenden Zahl der auf dem medicinischen Büchermarkte erscheinenden Recepttaschenbücher nimmt das vorliegende nicht den letzten Platz ein. Es ist diesmal kein klinischer Lehrer, noch der Assistent eines solchen, sondern ein bekannter und vielbeschäftigter praktischer Arzt, der es unternommen hat, in gedrängter aber doch recht übersichtlicher Kürze die Mittel und Wege zu verzeichnen, welche der moderne Stand der Heilwissenschaft dem Praktiker zur Verfügung stellt, um die vielfältigen Leiden der sich ihm anvertrauenden Kranken zu beheben oder doch nach Möglichkeit zu mildern. Eben daraus resultirt ein entschiedener Vortheil, welcher dem vorliegenden Büchlein im Vergleich mit den meisten seiner Concurrenten zu Gute kömmt; es ist nämlich in den einzelnen Capiteln eigentlich nur das angegeben, was der sehr erfahrene Autor für das beste und praktischeste hält, ohne dass noch nebenher anderen Ansichten viel Rechnung getragen wird. Es ist das Buch also mehr weniger das therapeutische Glaubensbekenntniss des Verfassers, und das hat gewiss auch seine Berechtigung, wenn Name und Ruf des Autors, wie dies hier wohl der Fall ist, für die Gediegenheit des Gebotenen bürgen. Der Praktiker, der sich aus diesem Büchlein Raths erholt, muss sich aber sagen, so und so hätte Dr. *Michaelis* in meinem Falle gehandelt, und ich will gewiss seinem guten Rathe folgen. In diesem Sinne wird das Buch, welches die verschiedenen Krankheiten ohne jede andere Eintheilung als die durch das Alphabet gegebene bespricht, seinen berechtigten Anklang finden. *v. Buschman.*

415. ***Statistischer Sanitätsbericht über die k. k. Kriegsmarine für das Jahr 1887.*** *Im Auftrage des k. k. Reichs-Kriegsministeriums (Marine-Section) zusammengestellt von Dr.* ***Maximilian Brillant,*** *k. k. Fregatten-Arzt. Wien 1888. In Commission bei Wilhelm v. Braumüller, k. k. Hof- u. Universitäts-Buchhändler. 144 S. gr. 8°.*

Der statistische Jahresbericht der k. k. Kriegsmarine bietet wegen der eigenartigen hygienischen Einflüsse, denen der Seemann sowohl in den Stationen auf dem Lande als zur See unter den mannigfaltigen Zonen ausgesetzt ist, nicht nur in administrativer, sondern auch in klimatologischer Beziehung, sowie in Rücksicht auf die Aetiologie der Erkrankungen werthvolles Materiale. Im Jahre 1887 hatte die k. k. Kriegsmarine nach der allgemeinen Uebersicht einen durchschnittlichen Präsenzstand von 8695 Mann, und zwar entfielen auf je 1000 Mann 860·26 Erkrankungen, um 73·37 weniger als im Vorjahre (933·65°/₀₀). Die Beurlaubungen haben gegen das Vorjahr (37·66°/₀₀) um 6·26°/₀₀ zugenommen, die Todesfälle (im Vorjahre 9·09°/₀₀) hingegen um 0·23°/₀₀ an Häufigkeit abgenommen, die Häufigkeit der Invalidisirungen war nahezu wie im Vorjahre (19·46°/₀₀). Die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Kranken betrug demnach 18·1 Tage (im Vorjahre 17·1); auf je einen Mann des Präsenzstandes entfallen 15·5 Tage, welche wegen Krankheit dem Dienste verloren gingen (im Vorjahre 16·0). Von dem Präsenzstande der k. k. Kriegsmarine waren durchschnittlich krank



369·49 Individuen oder 42·49‰ gegen 43·98‰ im Vorjahre. Bezüglich der sanitären Verhältnisse der „Schiffe in Mission“ wird die Häufigkeit der Krankheiten der Verdauungsorgane hervorgehoben. Auf S. M. Schiff „Saïda“ erkrankten in Mozambique an einem Tage in rascher Folge 25 Mann an Kolik, Diarrhoe und Erbrechen. Trotz sorgfältiger Nachforschungen konnte mit Sicherheit nicht eruirt werden, was diese alarmirenden Erscheinungen hervorrief und konnte nur angenommen werden, dass sie dem ungewohnten Genusse von Früchten zuzuschreiben seien. Ausserdem liess sich auf S. M. Schiff „Saïda“ eine klimatische Einwirkung specifischen Charakters in der grösseren Häufigkeit des Wechselfiebers erkennen. Von 45 Fällen auf allen Schiffen in Mission waren auf „Saïda“ allein 25. Die Jahresberichte der k. k. Marinespitäler in Pola und in Dignano enthalten überdies werthvolle therapeutische Ergebnisse, denen wir an anderer Stelle der Med.-chir. Rundschau Rechnung tragen werden. *—r.*

416. ***Ueber Rückgratsverkrümmungen.*** *Von Docent Dr.* ***A. Lorenz*** *in Wien. Separatabdruck aus der Real-Encyclopädie von Eulenburg. Wien 1889, Urban & Schwarzenberg.*

Verfasser, der langjährige klinische und Privatassistent *Albert's*, zeigt sich in seiner vorliegenden Arbeit als ebenso erfahrener Chirurg wie geschulter Mathematiker; beruht ja doch nicht zum geringsten Theile auf der richtigen praktischen Verwerthung der letzteren Doctrin der grosse Erfolg, welchen die Schule *Albert's*, des gewiegten Mathematikers in der orthopädischen Chirurgie, aufzuweisen hat. Seit einer Reihe von Jahren hat sich der Verf., von seinem Lehrer *Albert* vielfach unterstützt, auf die Orthopädie der Rückgratsverkrümmungen geworfen, und versucht dieselbe zu einer Specialdoctrin zu erheben. Dass er hierin theoretisch und praktisch schöne Erfolge hat, zeigt einerseits sein in Rede stehendes Buch, andererseits sein in Wien etablirtes Privatinstitut, welches sich, von den medicinischen Autoritäten reichlich unterstützt und gefördert, eines in immer weitere Kreise dringenden Rufes erfreut. Der reiche Schatz von Erfahrungen, welchen *Lorenz* als Specialist gesammelt hat, ist in seiner ausgezeichneten Arbeit niedergelegt und bildet eine überaus werthvolle Monographie dieser bisher von Fachchirurgen recht stiefmütterlich behandelten Doctrin. In erster Linie wird wohl der Kliniker die in der *Lorenz*'schen Arbeit beschriebene Technik verwerthen können, ihm stehen ja die hierzu erforderlichen Apparate leichter zu Gebote, als dem im Hause der verkrümmten Kinder wirkenden Praktiker; aber auch der letztere wird für seine Massnahmen in geeigneten Fällen *Lorenz's* Arbeit nicht vergeblich zu Rathe ziehen. Nebst guten Rathschlägen und Erklärungen wird er, unterstützt durch die zahlreichen dem Texte beigegebenen figürlichen Darstellungen, welche an Klarheit und Exactheit nichts zu wünschen übrig lassen, für alle Fälle die nöthigen Winke angegeben finden, welche es ihm ermöglichen werden, nach Massgabe der vorhandenen Mittel, die erforderlichen Apparate zu beschaffen, und sei es selbst auf dem Wege der Improvisation. — Diese Abhandlung von *Lorenz* sollte von jedem als Hausarzt wirkenden Praktiker in seinem eigenen und seiner Clienten Interesse gelesen werden. Der Separat-Abdruck ist allerdings nicht verkäuflich, umsomehr ist den Herren Collegen zu empfehlen, die Real-Encyclopädie von *Eulenburg*, in welcher dieselbe enthalten, ihrer Bibliothek einzuverleiben. *v. Buschman.*



Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

417. ***Ueber das Verhalten der Pupillen bei Geisteskranken.*** *Nach dem Vortrag, gehalten bei der Herbstversammlung des Vereines der Aerzte des Reg.-Bez. Stettin am 8. November 1888. Von Dr.* ***Knecht*** *in Ueckermünde. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 6.)*

Von jeher hat das Auge der Irren die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt und hat die Volksmeinung in demselben ein Kennzeichen für das Bestehen einer Geistesstörung zu erblicken geglaubt.

Die wissenschaftliche Beobachtung hat indess gelehrt, dass diese Verallgemeinerung den Thatsachen nicht entspricht, dass vielmehr das Auge der Geisteskranken als solches sich von dem Gesunder nicht wesentlich unterscheidet. Die Veränderungen am Auge, welche nach unseren heutigen pathologischen Erfahrungen mit den dem Irrsinn zu Grunde liegenden krankhaften Veränderungen im Centralnervensystem zusammenhängen, beschränken sich im Wesentlichen auf die Pupillen, und zwar betreffen sie entweder die Grösse derselben, namentlich das Verhältniss der einen Pupille zur anderen, oder ihre Gestalt oder endlich ihre Beweglichkeit.

Eine Erweiterung der Pupillen bei Gleichheit und erhaltener Beweglichkeit derselben sehen wir namentlich bei jüngeren Kranken bei der acuten Manie und Melancholie in den Entwicklungsjahren, wir treffen sie bei epileptischen Psychosen, bei puerperalen Störungen; sie kommt endlich auch bei manchen Paralytikern vor. Es bedarf keiner Betonung, dass eine solche Erweiterung der Pupillen nichts für Geistesstörung Charakteristisches ist, und daher keine diagnostische Bedeutung hat. Sie ist nach unseren heutigen physiologischen Anschauungen nur der Ausdruck einer allgemeinen Erschöpfung, namentlich einer solchen des Gehirns, auf welche wir ja die meisten sogenannten functionellen Geistesstörungen zurückführen.

Nicht ganz selten bieten jugendliche Geisteskranke, namentlich im Erholungsstadium von acuten Störungen, einen raschen Wechsel der Pupillenweite in Folge psychischer Vorgänge dar. Bei solchen Personen sehen wir auf Anreden, oder wenn sie einen Brief erhalten, oder einen ihnen wichtigen Wunsch äussern wollen, eine rasch vorübergehende Erweiterung oder Verengerung der Pupillen eintreten. Es ist dies eine Erscheinung, die auf das schwankende nervöse Gleichgewicht solcher Personen hinweist und ihre Seitenstücke hat in dem leichten Stimmungswechsel derselben, in ihrer Neigung zu Zucken im Gesicht und Zittern der Hände bei psychischen Erregungen, in den bedeutenden Veränderungen, die Form und Geschwindigkeit des Pulses bei ihnen unter dem Einflusse seelischer Vorgänge erleiden. Die Erscheinung ist prognostisch nicht unwichtig, insofern ihr Bestehen bei Reconvalescenten darauf hinweist, dass der Kranke noch nicht völlig genesen ist und noch sorgsamer ärztlicher Ueberwachung bedarf.

Wichtiger ist die dauernde Verengerung der Pupillen. Sie kommt, abgesehen von ihrem Auftreten als Altersveränderung, hauptsächlich vor bei der Paralyse der Irren, und zwar besonders bei den Fällen, die sich aus Erkrankungen der Seiten- und Hinterstränge des Rückenmarks entwickeln oder mit solchen einhergehen. In den Fällen, in welchen die Beweglichkeit der Pupille dabei erhalten ist, liegt der Verengerung vermuthlich eine Lähmung des Sympathicus zu Grunde. Da wo es sich um



Reizzustände im Gebiete des Oculomotorius handelt, ist sie mit Bewegungsstörungen der Iris verknüpft, auf welche wir später zurückkommen.

Eine besondere Beachtung verdient die ungleiche Grösse der Pupillen, da sie ziemlich charakteristisch für das Bestehen von Geistesstörung ist und, ausser bei Augenkranken, bei geistig Gesunden äusserst selten beobachtet wird. Bei Irren dagegen tritt sie als dauernde oder vorübergehende Erscheinung bei mindestens dem fünften Theile aller Kranken auf; bei den Paralytikern sogar, die durch Bewegungsstörung der Pupillen bedingten Fälle mit eingerechnet, bei zwei Dritttheilen. Ich spreche hier indess nur von dem Grössenunterschiede der Pupillen, bei welchen die Beweglichkeit erhalten ist. Diese Ungleichheit kommt bei allen Formen von Seelenstörungen vor, deutet aber stets auf eine tiefe Erkrankung hin. Ihr Auftreten trübt daher die Prognose und lässt einen Uebergang der Störung in unheilbare geistige Schwächezustände erwarten. Sie bedeutet zwar nicht absolute Unheilbarkeit, aber auch die Kranken, welche unter Schwinden der Pupillengleichheit allmälig geistig frei werden, bleiben selten dauernd gesund, sondern beweisen durch spätere Rückfälle, dass ihre Störung keine einfache acute Psychose, sondern der Beginn einer periodischen oder circulären Störung war. Ich meinerseits entsinne mich wenigstens keines Falles von dauernder Genesung, bei welchem Ungleichheit der Pupillen vorhanden gewesen war.

Die im Verlaufe einer Geistesstörung auftauchende Pupillenungleichheit bei erhaltener Beweglichkeit ist somit diagnostisch nicht verwerthbar; nur dann deutet ihr Auftreten auf die Entwicklung einer Paralyse hin, wenn sie vor Ausbruch der psychischen Symptome sich zeigt, oder deren Schwinden überdauert. Das umgekehrte Verhalten spricht dagegen nicht gegen diese Krankheit. Ihrer Entstehung nach ist die hier besprochene Ungleichheit der Pupillen zurückzuführen auf halbseitige Reiz- oder Schwächezustände des Sympathicus und steht in derselben Linie wie die ungleiche Thätigkeit der mimischen Muskeln beider Gesichtshälften, der Schiefstand der Zunge und des Zäpfchens, die wir bei chronischen Geistesstörungen, namentlich bei auf starker erblicher Belastung beruhenden, so häufig beobachteten.

Prognostisch noch ungünstiger ist die Formveränderung der Pupille in Gestalt elliptischer oder ovalärer Verziehung, sofern sie nicht auf Verklebungen der Iris beruht. Sie ist der Ausdruck einer Coordinationsstörung der Bewegungen der Iris und kommt nicht ganz selten als eine der frühesten Bewegungsstörungen bei der Paralyse der Irren zur Beobachtung, findet sich überhaupt — soweit meine Erfahrung reicht — nur bei dieser. In den erwähnten Fällen vermag sie die Diagnose richtig zu stellen, selbst da, wo die psychischen Erscheinungen mehr anderen Formen von Seelenstörungen entsprechen.

Ich wende mich nun zu den übrigen Bewegungsstörungen der Pupillen. Die Bewegungen der Iris sind bekanntlich theils reflectorische, theils Mitbewegungen. Die ersteren werden theils ausgelöst durch Lichtreize von der Retina aus, und zwar sowohl auf dem direct gereizten Auge wie consensuell auf dem anderen in demselben Sinne; theils erfolgen sie auf Reize anderer Nervengebiete; so auf laute Gehörseindrücke, auf sensible Reize verschiedener Hautstellen, z. B. genügt bei vielen jüngeren Personen Ueberstreichen der Wangen mit einem harten Gegenstande, um sie hervorzurufen. Sie äussern sich als eine Erweiterung beider Pupillen. Die Mitbewegungen der Iris begleiten die

willkürliche Convergenzstellung der Augen und die Einstellung derselben für die Nähe in Form einer Verengerung.

Dieser Vielfältigkeit der Bewegungsanlässe entsprechen nun auch die Bewegungsstörungen. Die häufigste und der Reihenfolge des Auftretens nach früheste ist das Schwinden des Reflexes von Seiten der Netzhaut, so dass also Beleuchtungswechsel des Auges keine Pupillenbewegung mehr auslöst. Trifft diese Störung nur ein Auge, so kann es bisweilen vorkommen, dass zwar durch Lichtreize des betreffenden Auges keine Pupillenreaction hervorgerufen wird, dass sie dagegen consensuell vom anderen Auge her noch erfolgt. Für gewöhnlich erlöschen indess beide Reflexe gleichzeitig, und wir sprechen dann von reflectorischer Pupillenstarre. Eine solche reflectorisch starre Pupille kann weit oder eng sein. Ist sie weit, so müssen wir, solange die accommodative Mitbewegung der Pupille erhalten bleibt, annehmen, dass der Reflexbogen zwischen Opticus und Oculomotorius unterbrochen ist, so dass der Tonus der Iris, welcher von der Netzhaut aus durch stete Lichtreize bedingt wird, wegfällt und der Dilatator Pupillae überwiegt. Erst wenn auch die Mitbewegung der Pupille erloschen ist, dürfen wir die starre Erweiterung auf eine Lähmung der die Pupille verengernden Fasern des Oculomotorius zurückführen. Bemerkenswerth ist dabei, dass in den nicht durch herdartige Krankheiten des Gehirns complicirten Fällen die übrigen Aeste des Oculomotorius freibleiben; höchstens der Levator palp. super. wird paretisch, der ja auch isolirt werden kann.

Besteht eine starke Verengerung der Pupillen, so kann es sich um einen Reizzustand handeln, der im Bereiche der den Pupillenreflex auslösenden Fasern des Opticus oder im Reflexbogen zwischen Opticus und Oculomotorius herrscht. Im ersten Falle werden beide Pupillen, im letzteren oft nur eine verengt sein, beidemal wird jedoch die Mitbewegung der Pupille bei Convergenz erhalten sein, vorausgesetzt, dass die Enge der Pupille die Wahrnehmung derselben gestattet, denn der Willensimpuls überwiegt in der Regel einen reflectorisch übertragenden Reiz. Die Verengerung kann aber auch bedingt sein durch einen im Ursprungsgebiete der die Pupille verengernden Fasern des Oculomotorius selbst herrschenden krankhaften Reiz, dann wird in der Regel die Mitbewegung der Pupille fehlen.

Was die reflectorischen Pupillenbewegungen auf anderweite Reize betrifft, so sind dieselben mitunter noch hervorzurufen, wenn der Lichtreflex bereits erloschen ist. In der Regel verschwinden sie jedoch gleichzeitig mit diesem. Andererseits fehlen indess bei älteren Leuten nicht selten die erwähnten Reflexe, ohne dass irgend ein krankhafter Zustand des Nervensystems besteht; ihr alleiniges Fehlen hat daher keine pathognomonische Bedeutung.

Das Fehlen der übrigen Bewegungen der Pupille ist dagegen, mag es einseitig oder doppelseitig vorkommen, eine der Paralyse fast ausschliesslich eigenthümliche Erscheinung. Die weite starre Pupille, namentlich mit gleichzeitiger Ptosis, hat man vielfach den auf Syphilis zurückzuführenden Paralysen zugeschrieben, doch ist dieser Zusammenhang meines Erachtens noch nicht vollkommen sicher erwiesen. Andererseits wird enge starre Pupille vorzugsweise bei den Fällen von Paralyse beobachtet, die mit Veränderungen in den Hinter- und Seitensträngen des Rückenmarks einhergehen oder sich an diese anschliessen. Unbeweglichkeit oder Schwerbeweglichkeit einer oder beider Pupillen ist somit ein wichtiges

diagnostisches Zeichen. Da sie bei mindestens der Hälfte aller Fälle von Paralyse auftritt und nicht selten früher als andere motorische Symptome erscheint, kann sie oft wesentlich zur richtigen Deutung eines Krankheitsfalles beitragen, zumal wenn die psychischen Aeusserungen einer anderen Form von Störung zu entsprechen scheinen. Nach der Angabe einiger Beobachter sollen Störungen der Beweglichkeit der Pupillen auch bei tiefem secundären Blödsinn vorkommen, doch ist dies jedenfalls sehr selten und Vortr. selbst ist noch kein derartiger Fall zu Gesicht gekommen.

Vortr. fasst seine Ausführungen noch einmal dahin zusammen: 1. Erweiterung der Pupillen bei erhaltener Beweglichkeit findet sich bei verschiedenen Seelenstörungen, besonders des jugendlichen Alters, und hat weder eine diagnostische, noch prognostische Bedeutung. Dauernde starke Verengerung derselben erweckt auch bei erhaltener Beweglichkeit den Verdacht einer bestehenden Paralyse. 2. Ungleichheit der Pupillen bei Beweglichkeit derselben kommt bei allen Formen psychischer Störungen vor, ist daher für die Unterscheidung einzelner Formen nicht verwerthbar, macht aber die Prognose erheblich ungünstiger. 3. Schwerere Bewegungsstörungen der Iris, seien sie einseitig oder doppelseitig, gehen fast ausnahmslos mit Paralyse des Irren einher, ebenso Veränderungen der Gestalt der Pupille.

Kleine Mittheilungen.

418. ***Fremde Körper im Intestinaltracte.*** *Von Dr.* ***Bogdan.*** In der Sitzung der Aerzte und Naturforscher zu Jassy vom 28. Sept. 1888 theilte Verf. folgenden interessanten Fall mit. Am 15. Juli wurde Dr. *Bogdan* zu einem $2^1/_2$ Jahre alten Kinde gerufen, welches nach Angabe eine Münze von 5 Gologan (beiläufig unserem 4 kr. Stücke ähnlich) verschluckt hatte. Das Kind klagte über gar keine Beschwerden, nur die ängstlichen Eltern wünschten eine ärztliche Intervention. Es lag aber keine zwingende Nothwendigkeit hierzu vor, und Dr. *Bogdan* beschränkte sich blos auf die Anordnung, das Kind möge festere Substanzen geniessen. Erst am 17. September wurde die verschluckte Münze per anum ohne Beschwerde entleert. Die Münze hat weder an Gewicht verloren, noch anderweitige Veränderung erlitten, nur war diese etwas dunkler gefärbt, wahrscheinlich vom Schwefelwasserstoff des Darminhaltes, was dafür zu sprechen scheint, dass die Münze im Dickdarme so lange gelegen. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

419. ***Sulfonal*** empfiehlt ***Otto*** in Gaben von circa 2 Gramm als wirksames Hypnoticum für Geisteskranke. (Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 45.) Bei länger dauernden Erregungszuständen wirkt es in Dosen von mehrmals täglich 0·5 (2·5—3·0 pro die) als Beruhigungsmittel. Als unangenehme Erscheinungen wurden in einigen Fällen Schwindel und Taumeln bemerkt.

420. ***Spritzen, deren Canüle verstopft ist,*** so dass man nicht einen feinen Draht durch dieselbe ziehen kann, werden gereinigt, indem man sie einen Moment über die Flamme hält; dadurch wird die fremde Substanz schnell zerstört und ausgetrieben. — Ist ein Draht in der Nadel eingerostet, so soll man sie in Oel tauchen, bevor man sie in die Flamme hält. — Um den Rost aus dem Innern der Canüle zu entfernen, ist es gut, Oel durch die Canüle durchzuziehen und sie sodann zu erhitzen. Darauf soll man sie mit Alkohol ausspülen. Die Nadel ist dann zum Gebrauch fertig. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889.)



421. *Heilung eines „Morbus Basedowi" durch Besserung eines Nasenleidens.* *Von Dr. **Hopmann.** (Berliner klin. Wochenschr. 1888. 42. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 13.)*

Verf. constatirte bei einer Pat, welche an einer Rhinopharyngitis sicca mit ausgedehnter Borkenablagerung in der Nase und am Rachendache litt, Exophthalmus besonders rechterseits, erhebliche Stenocardie und allgemeines Schwächegefühl, Symptome, die ihn zur Annahme einer incompleten Form von Morbus Basedowi führten. Durch zweckentsprechende Behandlung des Nasenleidens trat eine Heilung des Morbus Basedowi ein.

422. *Einige Beobachtungen über Verhütung des Malariafiebers durch Chinin.* *Von Dr. **Gräser.** (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 42. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 13.)*

Verf. hatte Gelegenheit, auf 5 Reisen nach Ostasien, den Werth der prophylactischen Verabreichung starker Chinindosen in dem wegen der Malaria gefürchteten Hafen von Batavia zu erproben. Die Art der Verabreichung war die, dass die gesammte Mannschaft am Abend der jeweiligen Ankunft je 1 Gramm Chininum muriaticum in Jenever gelöst und ebenso am 8., 12. und 16. Tage nach der Ankunft erhielt. Am 10. und 14. Tage wurde je 0·5 Gramm verabreicht. Der Erfolg dieser Massregel muss als ein sehr guter bezeichnet werden, indem sowohl eine Abnahme in der Zahl als auch in der Stärke der Malariainfectionen zu verzeichnen war.

423. *Viburnum prunifolium und Chinin bei Abort.* *Von Dr. **A. Cordes,** Assistent der geburtsh. Klinik in Genua. (Annal. de gyn. April 1888. — Der Frauenarzt. 1889. 3.)*

Cordes gibt bei beginnendem Abort, wo noch Aussicht auf Erhaltung der Frucht vorhanden ist, das Extract. liquid. viburn. (4 Gramm in einer Lösung, in 24 Stunden zu verbrauchen), und erzielte in vielen Fällen die Erhaltung des Eies, trotz vorangegangener Blutung und beginnender Eröffnung der Cervix. Im entgegengesetzten Sinne wirkt das Chinin. Ist die Frucht nicht mehr zu retten, oder sind nur noch Abortreste vorhanden, so bewirken 2 Gramm Chinin, innerhalb 24 Stunden genommen, so exact Uteruscontractionen und Elimination der Eireste, dass Verf. seit Anwendung dieses Verfahrens fast gar nicht mehr die instrumentelle Therapie ausübt.

424. *Gegen übelriechende Fussschweisse* empfiehlt Dr. *Sprinz* (Therap. Monatsh. 1889. 3) die Sohle des Strumpfes Abends mit 3proc. Borsäure zu befeuchten und während der Nacht trocknen zu lassen. Bei entsprechender Reinlichkeit und 3 Mal wöchentlichem Wechsel der Strümpfe ist der Erfolg ein sehr günstiger.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Baierlacher, Dr. Eduard, prakt. Arzt in Nürnberg. Die Suggestionstherapie und ihre Technik. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Brillant, Dr. Maximilian, k. k. Fregattenarzt. Statistischer Bericht über die k. k. Kriegsmarine für das Jahr 1887. Im Auftrage des k. k. Reichs-Kriegsministeriums (Marine-Section) zusammengestellt von —. Wien 1888. In Commission bei Wilhelm v. Braumüller, k. k. Hof- u. Universitäts-Buchhändler.

Bulletins de la Société anatomique de Paris. Anatomie normale, Anatomie pathologique, clinique. 63e Année (1888). Rédigés par Mm. *Marfan* et *Toupet,* Secrétaires. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1888.

Ferdy Hans. Die Mittel zur Verhütung der Conception. Gynäkologische Studie für praktische Aerzte und Geburtshelfer. Dritte neu bearbeitete Auflage. Berlin C., Spittelmarkt 2. Neuwied a. Rhein 1889, Heuser's Verlag.



Herzen A., Lausanne. **Grundlinien einer allgemeinen Psycho-Physiologie.** (Darwinistische Schriften. Erste Folge. Band 17.) Leipzig, Ernst Günther's Verlag, 1889.

Mikrotherapie. Die Behandlung der Erkrankungen des Menschen mit Alkaloiden von einem älteren praktischen Arzte. Hainburg, Verlag von Paul Jenichen, 1889.

Pfungen, Dr. R. v. Docent. Aus dem Laboratorium für medicinische Chemie in Wien. **Beiträge zur Bestimmung der Salzsäure im Magensafte.** (Sep.-Abdr. aus der Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 6—10.) Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien.

Schmitz, Dr. med. L., Kreisphysikus zu Malmedy. **Das Geschlechtsleben des Menschen in gesundheitlicher Beziehung und die Hygiene des kleinen Kindes.** Berlin C., Spittelmarkt 2, Neuwied a. Rhein, Heuser's Verlag (Louis Heuser), 1889.

Schreiber, Dr. Josef in Aussee-Meran. **Wesen und mechanische Behandlung des Muskelrheumatismus.** Sonderabdruck aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift". 1889, Nr. 9 u. 10. Leipzig u. Berlin, Verlag von Georg Thieme, 1889.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1887. 5. Jahrgang. Unter Leitung des Magistratsrathes *Moritz Preyer* bearbeitet von *Dr. Stephan Sedlaczeck*, Magistrats-Secretär und *Dr. Wilhelm Löwy*, Magistrats-Concipist im statistischen Departement. Wien 1889, Verlag des Wiener Magistrates.

Zeitschrift für physiologische Chemie. Herausgegeben unter Mitwirkung von Fachmännern von *F. Hoppe-Seyler*, Professor der physiologischen Chemie an der Universität Strassburg. XIII. Bd. 4. Heft.

Inhalt: *Levy, L.* Ueber Farbstoffe in den Muskeln. — *Budde, V.* Ueber die densimetrische Bestimmung des Zuckers im Harn. — *Lukjanow, S. M.* Ueber den Gehalt der Organe und Gewebe an Wasser und festen Bestandtheilen bei hungernden und durstenden Tauben im Vergleich mit dem bezüglichen Gehalt bei normalen Tauben. — *Baginsky, A.* Zur Biologie der normalen Milchkothbacterien. II. Mittheilung. — *Schulze, E.* u. *Steiger, E.* Ueber den Lecithingehalt der Pflanzensamen. — *Jaksch, R. v.* Beitrag zur Kenntniss des Verhaltens des Harnes bei der Melanurie.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druckfehlerberichtigung.

Im 7. Hefte d. J., S. 251, soll es richtig heissen: „Bruch beider Humerusköpfe durch Einschlagen".

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







12

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

425. *Ueber die Prognose der Herzkrankheiten.* *Von Prof. Dr.* ***Leyden.*** *Vortrag, geh. im Verein f. innere Medicin zu Berlin. 1. April 1889. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 15.)*

Seit *Traube* hat sich die physikalische Untersuchungsmethode, die Diagnose der Herzerkrankungen, wesentlich gebessert; mit der *Oertel*'schen Steigcur, der Heilgymnastik, der wissenschaftlichen Abwägung von Einnahme und Ausgabe der Flüssigkeit hat sich die Therapie aufgebessert; damit hat sich auch die Prognose geändert. Die Prognose der Herzkrankheiten ist nicht mehr so trübe, wie *Corvisart* sie aussprach: dem Herzkranken sitzt der tödtliche Pfeil in der Brust. Das Publicum selbst ist, und mit einigem Recht, der Diagnose gegenüber gleichgiltiger geworden. Ein Hauptgrund dafür ist der, dass in früherer Zeit nur solche Herzkrankheiten erkannt wurden, die sehr starke Geräusche machten, während dieselben jetzt schon in ganz frühen Stadien erkannt werden. Jene aber waren die ganz schweren Fälle. Die allgemeine Ansicht, dass Menschen mit Herzfehlern häufig ganz plötzlich sterben, ist nur mit Einschränkung richtig. Allerdings ist diese Ansicht begründet für die Insufficienz der Aortenklappen, und zwar nicht nur für schwere Fälle mit bedeutender Dilatation und Hypertrophie, sondern auch für leichtere, gut compensirte Fälle; und zweitens für die echte, auf Arteriosclerose der Coronararterien beruhende Angina pectoris, in der häufig Tod eintritt. Bei allen anderen Formen aber ist der plötzliche Tod verhältnissmässig sehr selten, tritt nach einer Statistik bei Mitralstenose nur in etwa 1 Procent der Fälle ein, eine geringe Anzahl, wenn wir bedenken, dass der plötzliche Tod überhaupt in den meisten Fällen ein Herztod ist. Ebenfalls selten ist der plötzliche Tod bei dem anämischen Fettherz, in acuten Krankheiten, bei Ueberanstrengung des Herzens durch starke Gemüthsbewegungen. Von prognostischer Bedeutung ist 1. das Alter. Kleine Kinder ertragen Herzkrankheiten schlecht, welche wiederum im höheren Kindesalter und der Jugend am besten ertragen werden, und im höheren Alter wieder eine trübere Prognose geben. Denn die im höheren Alter entstandenen Herzkrankheiten beruhen meist auf Arteriosclerose; diese ist eine fortschreitende Krankheit, erlaubt also nicht die Annahme, dass die Krankheit auf dem erreichten Punkte stillstehen wird. Darum ist die Prognose spät

entstandener Herzfehler, wo man als Grund meist Arteriosclerose anzunehmen hat, trüber als bei solchen in der Jugend entstandenen, wo meist andere Ursachen vorliegen. 2. Von Bedeutung ist das Geschlecht, insofern als dem weiblichen durchschnittlich eine bessere Prognose gebührt. Das tritt im arbeitenden Stande weniger hervor, als im besseren Publicum, weil dort die Frauen in ungefähr denselben Lebensbedingungen stehen, wie die Männer; trotzdem besteht auch dort ein Unterschied. Die Frauen sind eben den Schädlichkeiten weniger ausgesetzt, welche schwere Herzkrankheiten hervorrufen, namentlich der Arteriosclerose, die hier viel seltener ist, der übermässig schweren Körperarbeit, den Excessen in vino et venere. Dann findet sich von den beiden häufigsten Herzfehlern beim Manne viel häufiger die prognostisch ungünstigere Aorteninsufficienz, beim Weibe die günstigere Mitralstenose. Darauf und vielleicht auf einer speciellen Begabung beruht es, dass Frauen meist die leichteren Formen der Herzkrankheiten haben und dieselben relativ leicht ertragen. 3. Von Bedeutung ist die Lebensweise. Bei schwerer Arbeit verlaufen die Fälle viel ungünstiger und so ist die Prognose in der Privatpraxis besser als in der Spitalpraxis. Schliesslich ist wichtig die Fähigkeit des Kranken, ein Siechthum zu ertragen, sich physisch und psychisch „zu halten“ und die Wirksamkeit der Therapie. Versagt Digitalis, dann wird die Prognose sehr trübe. —*r.*

426. ***Fall von Neurasthenie combinirt mit Hysterie.*** *Von* ***A. Mathieu.*** *(Progrès méd. 1888. 30. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 13.)*

Ein kräftiger 37jähriger Eisenbahnbremser, welcher hereditär neuropathisch belastet ist, wird Mai 1885 von schmerzhaftem Priapismus befallen; derselbe hält 2 Monate lang an, um völliger Impotenz Platz zu machen. Pat. wird melancholisch, hat Selbstmordgedanken, klagt über herumziehende Schmerzen, über Kopfschmerzen und Drang, ohne Ursache zu weinen. Im Dienste wird er so nachlässig, dass man ihn entlässt. Bei der Untersuchung findet man eine allgemeine und sensorielle Hemianästhesie, ferner hyperästhetische Zonen und ein Fehlen des Pharynxreflexes. Deutliche Zeichen von Neurasthenie, wie ein Gefühl von Steifheit, von allgemeinem Unbehagen, häufiger Kopfschmerz mit Zusammenschnürungsgefühl werden angegeben, bisweilen klagt er über Leere im Kopf, Unvermögen seine Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu richten, Gefühl von Schwindel, Schwere im Epigastrium, Blutandrang zum Kopf, Aufstossen, Aufgetriebensein des Bauches, Constipation. Hinzuzufügen wäre noch die Schwäche des Geschlechtsapparates und die psychischen Störungen. Pat. wird nach einer elektrischen und innerlichen Behandlung in erheblich gebessertem Zustande entlassen.

427. ***Palpation als diagnostisches Hilfsmittel bei gewissen Lungenkrankheiten.*** *Von* ***N. Quisling.*** *(Norsk Magaz. for Laegevidensk. 1888, Nr. 8, pag. 658.)*

Als Aushilfsmittel zur Diagnose von Lungenaffectionen empfiehlt *Quisling* die Untersuchung der Empfindlichkeit der Brust mittelst eines mit 1 oder 2 Fingerspitzen ausgeübten leichten Druckes, wobei er an der Lungenspitze in der Supraclaviculargrube beginnt und die Intercostalräume an die Vorderfläche von



innen nach aussen abpalpirt und schliesslich auch die Empfindlichkeit in der Fossa supraspinata untersucht. Diagnostisch ist diese Untersuchungsmethode besonders bei Tuberculose schon sehr frühzeitig, ausserdem bei Pneumonie der Kinder von Werth. Prognostisch hält *Quisling* das wochen- oder selbst monatelange Bestehen erhöhter Empfindlichkeit in einem Intercostalraum, besonders im oberen Lappen für sehr bedenklich. *Th. Husemann.*

428. ***Scarlatina mit nachfolgender Pyämie; Heilung.*** *Ein Beitrag zur Lehre der sog. secundären Infection. Von* ***S. Laache*** *in Christiania. (Norsk Magaz. for Laegevid. 1888. Nr. 9, pag. 763.)*

Der dem Scharlach gewöhnlich zugeschriebene typische Fiebercyclus (steil ansteigende Curve ohne Remission am 2. Tage, aber am 3. Tage darauf lytischer Typus bis zum Abfall auf die Norm nach 1—1½ Wochen) erfährt nach vielseitigen Beobachtungen norwegischer Aerzte in verschiedenen Epidemien grosse Abweichungen, indem sich bald statt des lytischen ein kritischer Typus einstellt, bald durch Complication Verlängerung der Fieberperiode resultirt. Ein hiervon verschiedenes Bild zeigt eine Beobachtung *Laache's*, bei welcher das Fieber in der ersten Woche relativ niedrig war und im Anfange der zweiten Woche Tendenz zum Absinken darbot; dann aber stieg es wieder, hielt sich unregelmässig einige Tage, bis im Anfange der vierten Woche abwechselnd sehr hohe Temperaturen (bis über 41 Grad) und niedrige (von unter 38 Grad) erschienen und in der Mitte der fünften Woche die Defervescenz mit Absinken auf subnormalen Stand, so dass erst gegen Schluss der fünften Woche die Eigenwärme wieder normal war. Der intermittirende Charakter des Fiebers in der vierten Woche, der durch Bäder und interne Antipyretica nicht wesentlich geändert wurde, lässt nur das Vorhandensein von Pyämie als Erklärungsgrund zu, wofür auch Schüttelfröste und die Entwicklung einer Pustel auf der linken Scapula sprechen. Zur Höhe des Fiebers können auch innere entzündliche Leiden (Nephritis, Bronchopneumonie), welche constatirt wurden und den günstigen Ausgang des Falles noch auffälliger machen, mitgewirkt haben. Das Auftreten von Pyämie als Nachkrankheit bei Scharlach ist auch von *Koren* mehrmals beobachtet, davon zwei mit tödtlichem und einer mit günstigem Ausgange, auf welchen die angewandten protrahirten warmen Bäder nicht ohne fördernden Einfluss gewesen zu sein scheinen. Schon 1885 hat auch *Fraenkel* Streptococcus pyogenes bei drei Scharlachkranken in der submaxillären Lymphdrüse, Milz und Nieren gefunden. Da die Incubation der Pyämie nur wenige Tage betragen kann, handelt es sich in *Laache's* Fall wohl ohne Zweifel um eine secundäre Infection, die nicht vor der zweiten Hälfte der zweiten Woche stattgefunden haben kann. *Th. Husemann.*

429. ***Ein exquisiter Fall von Diabetes insipidus im Kindesalter.*** *Von Prof.* ***Vierordt*** *(Tübingen). (Jahrb. f. Kinderhk. 28. Bd. 1. Hft. — Pester med.-chir. Presse. 1888.)*

Verf. bespricht die Krankheit eines 6½jährigen Knaben, der auf der Tübinger Klinik mit Diabetes insipidus in Behandlung gewesen, und die durch die abnormen Harnmengen alle bis jetzt in der Literatur verzeichneten Fälle bei weitem übertrifft. ¾ Jahre vor Aufnahme auf die Klinik bemerkten die Eltern



zuerst an dem Kinde einen auffallenden Durst, während Appetit und Ernährungszustand abnahmen. In den letzten Monaten klagte Pat. über Frieren und Müdigkeit, der reichliche Urin erhielt keine abnormen Bestandtheile. In den letzten Wochen magerte Pat. auffallend rasch ab, nahm, ausser Milch, fast keine feste Nahrung zu sich und trank bei Nacht angeblich 10 Schoppen Wasser. In den letzten Tagen klagte er über brennende Schmerzen in der rechten Seite. Ziemlich grosse Herpeseruption am rechten Mundwinkel. Das Auffallendste bei der ersten Untersuchung war die percutorisch nachweisbare grosse Blase, die bis $1^1/_2$ Querfinger über den Nabel reichte. Zum Uriniren aufgefordert, entleerte Pat. sofort etwas über 500 Ccm. absolut reinen, klaren Harn von 1·015 spec. Gew.; derselbe ist frei von Albumen und Zucker. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab normale Verhältnisse. Die Urinmenge schwankte zwischen 9300 bis 15.400 Ccm. und blieb zumeist längere Zeit bei 12.000 Ccm. innerhalb 24 Stunden. Der Knabe wurde ungeheilt entlassen und starb nach einem Jahre. In diesem Falle war bei 52 Bestimmungen der Harnmenge 4 Mal das Gewicht des Harnes aequale dem Körpergewicht (12·7—13·4 Kg.), und 10 Mal übertraf es dasselbe. Von den in der Literatur verzeichneten Fällen findet Verf. 1. 4jähriger Knabe mit 10 L. *(Gerhardt)*; 2. einen ebenso alten mit 11.220 Ccm. Harn Tagesmenge. Die maximale Menge, die je beobachtet wurde, ist der von *Trousseau* beschriebene Fall eines 24jährigen Mannes mit 43 L. Harn in 24 Stunden, bei einem Körpergewicht von 64·5 Kg.

430. ***Klinischer Beitrag zur Behandlung der Cystitis.*** *Inaugural-Dissertation von **Felix Schade** in Halle.*

Die Cystitis ist eine jener Krankheiten, wo innere Kliniker zusammen mit dem Chirurgen schaffen, trotzdem aber häufig genug vergebens. In Folge dessen ist die chronische Cystitis keine Seltenheit. Als häufigste derselben tritt die hypertrophische, sowohl die concentrische als excentrische Form auf, wobei es durch zurückgehaltenen Harn zu ammoniakalischer Gährung kommen kann (Ammoniämie), zu Urämie, zum Tode. Bei der selteneren parenchymatösen Cystitis bilden sich Abscesse in der Blasenwandung, Divertikelbildungen, eiterige Infiltration des Blasenbindegewebes, Senkungen in die Beckenhöhle etc. Eine dritte Form ist die Diphtheritis der Blase, eine sehr gefährliche Erkrankung. Ebenso kann eine primäre Pyelitis sich gegen die Blase festsetzen, wie umgekehrt eine Entzündung von der Blase nach aufwärts durch die Ureteren. Die Therapie der Cystitis beginnt bereits mit der Prophylaxe, wohin bereits die peinlichste Sauberhaltung, Auskochung der Katheter und Bougies gehört. Die specielle Behandlung ist bis jetzt die locale und allgemeine medicamentöse, deren erstere besonders durch die grosse Anzahl der Desinficientia ausgeführt wird, während bei der medicamentösen Methode gleichfalls eine grosse Anzahl Mittel in Anwendung kommen, von Fol. uvae ursi und den adstringirenden Mitteln an bis zu dem Ol. Terebinthinae, den Balsamicis (Copaiva, Peruvian, Tolutan), Arbutin, Salicylsäure, Kali chloricum, Natron benzoicum etc. Sehr häufig lässt die eine der beiden Methoden im Stich und man schreitet zur Combination beider. Aus diesem



Grunde hat Prof. *Weber* an seiner inneren Klinik in Halle eine Methode eingeschlagen, mit der er schon seit längerer Zeit gute Resultate erreicht hat. Es kam darauf an, keine neuen Keime in die Blase zu bringen, die alten zu entfernen und die Schmerzen zu lindern. Und ein solches Mittel fand Prof. *Weber* im reichlichen Genuss des Wassers. In vier ganz genau analysirten Fällen erörtert *Schade* den ausgezeichneten Erfolg der Cur. Fall 1, bereits vor Jahren und zuletzt 10 Wochen, darunter 14 Tage in der chirurgischen Klinik, aber erfolglos behandelt, trat mit intensivem Blasencatarrh am 28. November 1887 in die interne Klinik ein, fing mit $4^1/_2$ Liter Wasser pro die an und wurde am 12. Jänner 1888 geheilt entlassen. Der 2. Fall wurde am 9. Februar 1888 aufgenommen. Er leidet bereits ein Jahr an Blasencatarrh, wurde local und intern monatelang behandelt, ohne Erfolg. In der *Weber*'schen Klinik trank er täglich 4—5 Liter Wasser. Schon nach wenigen Tagen nahmen die argen Schmerzen ab, inzwischen wurde ein chronischer Ulcus an der Pars membranosa mit Cocain und Arg. nitr. behandelt, so nahm sein Gewicht zu und der Blasencatarrh war nach mikroskopischer Untersuchung bei der nach circa 1 Monat erfolgten Entlassung geheilt. 3. Fall, Aufnahme am 21. Juni 1887, Entlassung am 14. Juli 1887. Patient trinkt in den ersten 24 Stunden $7^1/_4$ Liter Wasser, die Diurese betrug $9^1/_2$ Liter specifisches Gewicht, Morgens 1005, Abends 1000, wobei schon bedeutende Abnahme der Eiterkörperchen. Vom 23. bis 30. Juni trank der Kranke täglich 5—6 Liter Wasser, Diurese $4^1/_2$—$6^1/_2$ Liter, specifisches Gewicht 1003—4. Die bisher sehr fühlbaren linksseitigen Nierenschmerzen sind am 8. Juli verschwunden. Der Urin zeigt nur noch am Morgen Sediment. Nachdem auch der Nachturin klar geworden, erfolgt am 14. Juli die Entlassung mit der Weisung, längere Zeit das Wassertrinken beizubehalten. Der 4. Fall, ein 44jähriger Schmied, aufgenommen den 21. Juni, entlassen 6. Juli 1888. Im Jahre 1883 erkältete er sich heftig, will dadurch schmerzhaftes Drängen zum Uriniren und Harnträufeln, blutigen Urin mit starkem Bodenbesatz bekommen haben. Er wurde 4 Monate intern, ganz resultatlos behandelt; im Jahre 1885 litt er 8 Monate an erneuerter Cystitis, hatte später Gonorrhoe, die bald heilte. Seit December 1887 trat erneuerte Cystitis mit blutigem Harn, starkem Sediment auf, und P. trat nach erfolgloser innerer Behandlung in die *Weber*'sche Klinik. Blasengegend ist auf Druck schmerzhaft, aus dem Orificium urethrae kommt auf Druck Eiter, Urin trübe, blutig, zähschleimiger Bodensatz, Reaction schwachsauer, mikroskopisch zeigen sich wenig solche Blutkörperchen, viel Eiterzellen, k e i n e Gonococcen, Epithelien der Harnwege, specifisches Gewicht 1007. Beim Sondiren ist eine enge Stelle der Pars membranacea nachweisbar. Er trank den 1. Tag 5 Liter Wasser und $1^1/_2$ Liter Milch. Urin 5·5 Liter, specifisches Gewicht 1005. Dann trank er täglich $4^1/_2$, 3, $5^1/_2$, 6 etc. Liter Wasser, stets mit $^1/_2$ Liter Milch, mitunter auch Lindenblüthe. Der Urin schwankte zwischen 4 bis 6 Liter, das specifische Gewicht 1003—1006. Nach 8 Tagen schon wenig Schmerz, sehr verringertes Sediment. Nach 14 Tagen wurde er als völlig geheilt entlassen. — Schon aus diesen wenigen hier angeführten Fällen wird der grosse Nutzen der einfachen Trinkcur



bei Cystitis deutlich einleuchten, umsomehr, als sie von einem Gewährsmann, wie Professor *Weber* in Halle, als nutzbringend empfohlen wird. *Hausmann,* Meran.

431. ***Ueber die traumatischen Neurosen.*** *Von* ***A. Strümpell.*** *(Berliner Klinik. 1889. 3. — Wiener medic. Wochenschr. 1889. 15.)*

Strümpell fasst seine Anschauungen folgendermassen zusammen: 1. Nach heftigen allgemeinen Erschütterungen des Centralnervensystems entsteht häufig ein complicirter, aber sehr wohlcharakterisirter nervöser Symptomencomplex, den man am besten mit dem Namen der „allgemeinen traumatischen Neurose" bezeichnet. Derselbe hat in seinen Erscheinungen grosse Aehnlichkeit theils mit der Neurasthenie, theils mit der Hysterie, theils mit gewissen Psychosen (Melancholie und Hypochondrie). Bei seiner Entstehung wirken daher rein psychische Momente fast immer im hohen Masse mit; es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass man in manchen Fällen mehr, in manchen minder auch den dauernden Folgen der materiellen Erschütterungen, welche freilich nicht grobanatomischer Natur sind, Rechnung tragen muss. 2. Bei örtlich wirkenden Traumen, insbesondere, doch nicht ausschliesslich, an den Extremitäten entstehen, wohl vorzugsweise unter dem Einflusse der mit dem Trauma verbundenen psychischen Erregung, häufig schwere nervöse Störungen in dem betroffenen Theile, welche ihrer Natur nach sich unmittelbar den sogenannten hysterischen Erkrankungen beiordnen. Als „hysterisch" soll jede nervöse Erkrankung bezeichnet werden, welche auf einer Störung der normalen Verbindung zwischen den im engeren Sinne körperlichen und den psychischen Vorgängen beruht. 3. Die Trennung zwischen den allgemeinen und örtlichen traumatischen Neurosen darf selbstverständlich nicht zu scharf durchgeführt werden. Uebergänge und Combinationen kommen keineswegs selten vor. 4. Auch Combinationen zwischen echt anatomischen traumatischen Läsionen und traumatisch-neurotischen Symptomen kommen vor, ein Umstand, welcher von nicht geringer diagnostischer Bedeutung ist. 5. Endlich scheint zuweilen die allgemeine traumatische Neurose den Boden für die Entwicklung späterer organischer Erkrankungen (Paralyse, Tumoren) vorzubereiten.

432. ***Seltene Exantheme bei Typhus.*** *Von* ***J. W. Moore*** *in Dublin. (Dublin journ. of med. science. December 1888. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 14.)*

Verf. macht, unter Mittheilung einschlägiger Fälle, von Neuem auf seltene Ausschlagsformen im Verlaufe des Typhoids aufmerksam, und zwar berichtet er von miliariaähnlichen (Bläschen mit rothem Hofe), erythematösen und urticariaartigen. Er hält dieselben für nicht allzu selten und betont die Schwierigkeiten, die sie gelegentlich der Diagnose bereiten können: Typhus (Flecktyphus), Masern und Scharlach namentlich können differentialdiagnostisch in Frage kommen; man muss natürlich sorgfältig alle übrigen Symptome in Betracht ziehen und in schwierigen Fällen den Verlauf beobachten, sein Urtheil nicht auf eine einzelne Untersuchung gründen. Am auffälligsten erscheint dem Verf. das Erythem, welches bei einmaliger Besichtigung zur Verwechslung mit Scharlach Anlass geben kann; zu berück-

sichtigen ist, dass die Prodrome andere sind, die Temperatur und überhaupt der ganze Verlauf sich anders gestaltet. Dieses Erythema scarlatiniforme zeigt sich entweder am Ende der ersten oder in der dritten Woche des Typhoids — im ersten Falle soll es als rein vasomotorisches Phänomen, im zweiten aber als Symptom einer septischen Infection aufzufassen sein. Die Fälle, in denen es auftritt, sind oft schwer, aber nicht immer, und man darf es deshalb nicht ohne Weiteres als prognostisch bedeutungsvoll ansehen; viel wichtiger ist es in diagnostischer Beziehung. Natürlich kann es sich gelegentlich auch um prophylactische Fragen handeln. So berichtet Verf. von einem Falle, wo ein Mann im Verlaufe eines Typhoids ein derartiges scharlachähnliches Erythem bekam und in einem Hause voller Kinder krank lag; Verf. stellte die richtige Diagnose und erklärte damit die proponirte Absperrung, resp. Evacuation für überflüssig. Eine besondere Behandlung bedürfen die genannten Erytheme etc. nicht.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

433. ***Guajakharz als Mittel zum Coupiren von Angina tonsillaris.*** *Von* ***Setterblad*** *in Stockholm. (Svenska Läkare-Sällskap. Förhandl. 1888, pag. 124.)*

Das in England bei Halsentzündungen viel gebrauchte Guajakharz kann bei frühzeitiger Anwendung in Dosen von 0·15—0·20 3—4 Mal täglich Anfälle von Angina tonsillaris rasch coupiren. Man bedient sich am besten der Trochisken, aus 7·5 feinstgepulverter Resina Guajaci, 17·5 Sacch. und 25·0 Pulv. Cacao zu 50 Stück bereitet, die man im Hause des Kranken vorräthig halten und beim Erscheinen der ersten Vorboten zu 3 Mal oder höchstens 6 Mal 1 Stück im Tage nehmen lässt.

Th. Husemann.

434. ***Massage in der Richtung gegen den venösen Blutstrom.*** *Von* ***M. Greve.*** *(Norsk, Magazin for Laegevidensk. 1888, Nr. 11, pag. 931.)*

In manchen Fällen von nervösen Leiden, sowohl Algien als Spasmen, nützt die in der Richtung gegen den venösen Blutstrom gerichtete Massage rasch und ausserordentlich, während die gewöhnliche Methode im Stiche lässt. Es handelt sich ohne Zweifel um die Beseitigung localer Anämien, die aus allgemeiner Blutleere hervorgehen können, wie dies namentlich bei einem von *Greve* mitgetheilten Falle von Neuralgien nach einer Bantingcur, die in 7 Wochen das Gewicht von 110 Kg. auf 89 heruntergebracht hatte, anzunehmen war. *Th. Husemann.*

435. ***Zur Therapie der Kehlkopftuberculose mit Menthol.*** *Von Dr.* ***A. J. Ossendowski.*** *Congress russisch. Aerzte zu St. Petersburg. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 12.)*

Vortr. hat 7 Fälle beobachtet, bei denen einer nur Infiltrationen der Interarytaenoidalgegend aufgewiesen hatte, die



anderen alle auch noch Ulcerationen dort oder auf den Stimmbändern zeigten. Die Behandlung bestand in Pinselungen mittelst des *Heryng*'schen Pinsels mit 10, 20 und 30% Mentholläsungen drei Wochen bis $3^1/_2$ Monate lang. In 2 Fällen wurden vordem Inhalationen mit dem *Schreiber*'schen Apparat verordnet und darauf Insufflationen von Menthol und Magnesia usta aa. angewandt. Viermal wurde Menthol innerlich gegeben. — Bis auf einen Fall, wo eine Perichondritis hinzukam, sah *Ossendowski* Besserung der entzündlichen Erscheinungen, Schwinden der Schmerzen, Reinwerden der Geschwüre, aber bisher noch keine vollständige Cicatrisation. Die Schlüsse sind: 1. Das Menthol scheint ein gutes schmerzlinderndes Mittel zu sein. 2. Neben der Localbehandlung der Kehlkopftuberculose, complicirt mit Lungentuberculose, ist es sehr von Nutzen, dasselbe auch innerlich zu verordnen. 3. Bei Pinselungen muss man mit 10% Lösungen beginnen und allmälig zu den stärkeren übergehen. Starke Lösungen (40% und 50%) rufen zuweilen starke Reizung hervor.

436. ***Die Technik der Suspension bei der Behandlung der Tabes und einiger anderer Krankheiten des Nervensystems.*** *Von **Gilles de la Tourette.** (Le Progrès médical. 1889. Nr. 8. — Centralbl. f. Nervenhk. 1889. 7.)*

Verf. gibt eine mit Abbildungen illustrirte Beschreibung des bei Behandlung der Tabes mittelst Suspension (S. Nr. 336 d. J. der Med.-chir.-Rdsch.) angewandten Apparates. Der Apparat besteht aus einer horizontalen eisernen, 45 Cm. langen Stange, in deren Mitte ein Ring angebracht ist für den Haken des Flaschenzuges, vermittelst dessen die Traction bewerkstelligt wird. Nach beiden Seiten hin läuft diese Stange in je einen Haken aus, an denen vermittelst zweier Ringe zwei Riemen befestigt sind, die wieder eine den Körper in der Achselhöhle unterstützende Schlinge tragen. Die nach oben gerichtete Fläche der Stange hat rechts und links von der Mitte je drei Einschnitte; auf ihr sind ferner zwei verschiebliche Ringe — einer auf jeder Hälfte — angebracht, die ihrerseits an zwei Riemen eine doppelte, breite, länglich dreieckige Schlinge tragen. Diese beiden Schlingen sind einander völlig gleich gearbeitet, die vordere trägt das Kinn, die hintere unterstützt die Gegend des Nackens. An der vorderen befindet sich seitwärts eine kleine Schnalle, die dazu dient, vermittelst eines an der hinteren Schlinge befestigten Riemens beide Theile mit einander zu verbinden und so das Abgleiten derselben bei der Suspension zu verhindern. Dieser Riemen muss sehr sorgfältig angezogen werden, da bei zu losem Sitze der Kopf aus der Schlinge gleiten kann, während bei zu festem Anziehen eine Compression der Jugulares stattfindet; er ist deshalb von 8—10 Löchern durchbohrt, um je nach dem Halsumfang gestellt zu werden. Die für die Achselhöhle bestimmten Schlingen haben eine ovoïde Form und sind in ihrem unteren Theile gepolstert; die Riemen, mit denen sie an den Ringen und damit an der Stange befestigt sind, können je nach Grösse des Kranken länger oder kürzer geschnallt werden. Der Körper soll durch diese Achselträger einen Stützpunkt finden, andererseits darf aber dieser Stützpunkt die Dehnung der Wirbelsäule nicht hindern. Ist der Apparat richtig angelegt, wird der Kranke auf Commando des Arztes durch einen Gehilfen langsam



in die Höhe gezogen, um jeden brüsken Zug an den Muskeln zu verhindern; dem Kranken wird aufgegeben, keine unwillkürlichen Bewegungen, sobald der Fuss den Boden verlässt, zu machen, um seitliche Abweichungen und rotirende Bewegungen zu unterdrücken. Während er ganz ruhig hängt, muss er auf Commando von Zeit zu Zeit langsame verticale Bewegungen der Arme ausführen, durch welche der Zug an der Wirbelsäule verstärkt wird. Die Dauer der Sitzungen soll im Mittel 3, höchstens 4 Minuten betragen; man beginnt mit $^1/_2$ Minute und dehnt die Zeit allmälig innerhalb 7—8 Sitzungen auf die vorgeschriebene Zeit aus. Dabei ist das Gewicht der Kranken in Betracht zu ziehen, je schwerer der Körper, um so stärker wirkt natürlich der Zug, so dass schwere Personen geringere Zeit suspendirt werden müssen, wenn man vermeiden will, dass heftige Muskelschmerzen und starke Ermüdung, die im Allgemeinen mehr schaden als nützen, sich einstellen. Die Sitzungen finden alle zwei Tage statt; tägliche Suspensionen sind mehr schädlich als nützlich. Nach 3 Minuten wird der Kranke langsam, so dass keine Erschütterung beim Berühren des Bodens eintritt, herabgelassen, während des Abnehmens des Apparates wird er unterstützt und dann für einige Minuten in einen Fauteuil gesetzt, damit er sich ausruht. Die Oberkleider werden zu Beginn der Sitzung abgelegt, damit die Arme frei sind; der Hals muss nackt oder doch nicht von einem engen Halskragen umgeben sein, da sonst leicht Compressionserscheinungen auftreten. Wie lange das Verfahren in jedem einzelnen Falle fortgesetzt werden soll, ist noch unentschieden; die Kranken in der Salpétrière wurden 4 Monate so behandelt, die Besserung machte allmälige Fortschritte. Bei jugendlichen Tabikern waren die Erfolge wenig ermuthigend.

437. ***Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung des Orthomethylacetanilids — des sogenannten Exalgins.*** *Von* ***Dujardin-Beaumetz*** *und* ***G. Bardet.*** *(Les nouveaux remèd. 1889. 24. März.)*

Das Exalgin von (ex und αλγος) ist nach seinem chemischen Bau ein Acetanilid, in dem ein Atom Wasserstoff der Amidogruppe durch Methyl ersetzt ist $C_6H_5.C_2H_3O.NCH_3$. Dieses methylirte Acetanilid wirkt bei Thieren energisch auf das Gehirn und Rückenmark und tödtet ein Kaninchen in Gaben von 0·46 Grm. per Kilogramm Körpergewicht, wobei Zittern der Muskeln und Lähmung des Respirationsapparates auftritt. In geringerer Gabe schwindet die Schmerzempfindung, während die Tastempfindung erhalten bleibt, die Körpertemperatur sinkt allmälig, im Ganzen gleicht die Wirkung der des Antipyrins, doch scheint dieses letztere weniger energisch auf die thermischen Centren zu wirken. Bezüglich der therapeutischen Wirkung wirkt 0·25—0·40 Exalgin auf einmal genommen oder 1·40—0·75 in 24 Stunden auf zwei Mal genommen schmerzstillend. Die analgetische Wirkung ist sehr deutlich und sicherer als die des Antipyrins und bei allen Formen der Neuralgien, auch bei den visceralen. Bis nun war diese Wirkung ohne üble Nebenerscheinungen zu erhalten. Das Exalgin wird mit dem Harn ausgeschieden und soll die Harnmenge herabmindern. Das Exalgin ist nach den Autoren ein



wirksameres Analgeticum wie das Antipyrin, indem es in geringeren Gaben viel wirksamer als dieses ist. *Loebisch.*

438. ***Behandlung der Tuberculose bei Kindern.*** *Von Dr.* ***Jacobi.*** *(Arch. of pediatrics. 1888. 10. — D. Med.-Ztg. 1889. 27.)*

Nach Verf. ist der Arsenik ein wichtiges Heilmittel bei der Tuberculose der Kinder. Die Dosen desselben müssen jedoch geringfügige sein. Ein wenige Jahre altes Kind kann täglich 2 Tropfen der *Fowler*'schen Solution oder 0·001 arseniger Säure durch Wochen und Monate nehmen. Dieses Quantum muss in 3 Gaben eingetheilt werden, die man, stark diluirt, nach den Mahlzeiten gibt. Man kann das Mittel, je nach dem einzelnen Fall, mit Excitantien, Tonicis und Narcoticis verbinden und es so durch eine unbestimmte Zeitperiode verordnen, ausgenommen, dass die wohlbekannten Symptome des Excesses der Dosen, wie gastrische und Darmreizung, locales Oedem etc. auftreten. Allein diese zeigen sich nur selten, besonders wenn man dem Arsenik kleine Dosen von Opium hinzusetzt.

Ein anderes Mittel, welches fast stets, wenn auch nicht eigentlich in jedem Fall, die Wirkung des Arseniks unterstützt, ist die Digitalis. Bei den Wirbelthieren vermehrt diese die Contractionsenergie des Herzmuskels und demzufolge den arteriellen Druck, wodurch die Frequenz des Pulses verringert wird. Durch Verstärkung des arteriellen Drucks begünstigt dieser den Absonderungsprocess der Nieren, bethätigt die Lungencirculation, befreit die Venen und beschleunigt so den Abfluss der Lymphe und der interstitiellen Flüssigkeiten, wobei ein erheblicher Einfluss auf die Metamorphose der organischen Stoffe, i. e. auf die allgemeine Ernährung ausgeübt wird. Ausserdem geschieht dasselbe von Seiten des Herzmuskels selbst, dessen Blut- und Lymphcirculation ebenso, wie die übrige des Körpers gebessert wird. Deshalb trägt die Digitalis, während sie nur als herzerregendes Mittel bekannt ist, zum grossen Theil zur Ernährung und Entwicklung des Herzens bei. Diese Wirkung ist zwar nicht von vitalem Interesse für die organische Oekonomie, aber eine dringende Nothwendigkeit bei der Phthise, bei der ein relativer Mangel, entweder congenitaler oder acquirirter Natur, in den Herzdimensionen sich einzustellen scheint; und im jugendlichen Alter existirt sicher ein derartiges Prädominiren bei den Dimensionen der Arteria pulmonalis — besonders in Bezug auf die Aorta —, dass die normale Succulenz der Lunge sehr schnell eine pathologische wird, wenn die Insufficienz des Herzmuskels die Depression der arteriellen Spannung im Gebiete der Arteria pulmonalis zu erhöhen tendirt. Die Wahl des Präparates ist nicht immer eine differente. Das Infus und die Tinctur werden nicht stets vom Magen gut vertragen; das Digitalin wirkt nicht immer sicher und hat nicht immer gleiche Stärke und Consistenz; dagegen wird ein guter, flüssiger Extract wohl tolerirt und kann längere Zeit hindurch genommen werden. Auch in Pillen, Brot oder Gelatine kann dieses Präparat zweckmässig verwendet und mit anderen Mitteln, je nach den speciellen Indicationen, wie bitteren, narcotischen, Eisen etc. verbunden werden. So lange eine schnelle Wirkung nicht erforderlich erscheint, kann die Digitalis allein genügen, da diese in so kleinen Gaben nicht

unmittelbar wirkt. Die Verbindung mit Strophantus, Sparteïn oder Coffeïn, welche Mittel schnell absorbirt und eliminirt werden und ihre Wirkungen schleunig und ohne die Gefahr und Inconvenienzen der Accumulation manifestiren, wird in nicht wenigen Fällen vortheilhaft sein.

439. ***Ueber die Anwendung des Bariumchlorids in Herzkrankheiten.*** *Von **H. A. Haze**. (Medic. News. 1889. 16. Febr. — Les nouv. remèdes. 1889. 24. März.)*

Die Untersuchungen von *Brunton*, *Ringer*, *Kobert* lehrten, dass das Barium einen Einfluss auf den Circulationsapparat ausübt, namentlich die Herzschläge verlangsamt, deren Rhythmus gleichförmiger macht. Nach *Kobert* rührt die Steigerung des Blutdruckes von der Wirkung des Bariums auf die Muskelwände her. In grossen Gaben bewirkt das Barium bei niederen Thieren Stillstand des Herzens in der Systole. Auch noch so energische Reizung des Vagus ist nicht im Stande, die Contraction des Herzens aufzuheben. Die Verlangsamung der Herzschläge ist nicht als Hemmungswirkung, sondern in Folge von Reizung des Herzmuskels und wahrscheinlich auch von Erregung des vasomotorischen Centrums entstehend. Auf diese Ergebnisse sich stützend, hat *Haze* in sieben Fällen von Herzfehlern (1 Kind 6 Jahre mit Mitralinsufficienz, 1 Fall von acuter Dilatation des Herzens, 2 Fälle von Aorten-Läsion, 1 Fall von Mitralinsufficienz beim Erwachsenen und in 2 Fällen von functionellen Störungen des Herzens) das Chlorbarium versucht. Die Wirkung war in allen Fällen eine gute. Das Bariumchlorid verlangsamte die Herzschläge, vermehrte die Amplitude des Pulses, ohne die Spannung in den Arterien so zu steigern wie die Digitalis. Störungen der Nierenfunction waren nicht wahrnehmbar. *Haze* verabfolgte das Medicament in 1 Procent-Lösung. 1·5—2 Gramm von dieser Lösung dreimal des Tages gegeben bei Kindern, 5 Gramm zwei- bis dreimal des Tages bei Erwachsenen. In diesen Gaben ist das Mittel als nicht giftig anzusehen; da es überdies sehr wohlfeil ist und ebenso rasch wirkt wie die Digitalis, so wären weitere Versuche mit diesem Mittel zu empfehlen. *Loebisch.*

440. ***Die Behandlung der Leucorrhoe durch Borsäure.*** *Von Dr. **C. B. Alexander Harriet** in Chicago: (Med. Standard. 1888. Mai. — Therapeut. Monatsh. 1889.)*

Das von *Schwarz* (St. Louis) zuerst angegebene Verfahren, hartnäckige Leucorrhoe ohne tiefere Ursache (Endometritis, Carcinom etc.) durch Borsäure in Pulverform zu behandeln, hat sich dem Verf. gleichfalls in mehreren Fällen, die bis dahin jeder Behandlung trotzten, auf's Glänzendste bewährt. — Das Verfahren besteht bekanntlich darin, dass man zunächst mittelst heisser Wasserirrigation, so heiss, wie sie die Patientinnen leiden mögen, die Scheide möglichst ergiebig ausspült, hierauf im Speculum erst das vordere, dann das hintere Scheidengewölbe sorgfältig abtrocknet und nunmehr die ganze Portio, sowie beide Fornices mit pulverisirter Borsäure einpudert. — Nach ***Meyer*** kann man den Effect wesentlich verstärken, wenn man statt des Pulvers Borsäurekrystalle verwendet, die durch Wattetampons, mit denen die Scheide vollgestopft wird, möglichst in loco ge-



halten werden. In den vom Verf. mitgetheilten Fällen waren niemals mehr als vier Applicationen nöthig, um die Leucorrhoe gänzlich zum Verschwinden zu bringen. Ausserdem konnte man in allen Fällen ein Festerwerden der aufgelockerten Portio vaginalis, sowie der Schleimhaut des Endometrium constatiren. Wie lange die Heilung angehalten hat, darüber fehlt dem Verf. noch jede Erfahrung, da erst ein zu geringer Zeitraum seit der Beendigung der Behandlung verflossen ist.

441. ***Vergiftung mit Extr. filicis maris.*** *Von Dr. **Bayer.** (Prager med. Wochenschr. 1888. 41. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 14.)*

Als Beitrag zur Casuistik der Vergiftungen durch Darreichung grosser Dosen des oben genannten Mittels theilt *Bayer* folgenden Fall mit: Bei einer 26jährigen an Taenia leidenden Frau wurde Extr. fil. mar. aether. mit Extr. punic. granat. $\bar{aa}$ part. aeq. in Kapseln zu 5 Grm. verabreicht. Als nach Einnahme von 3 Kapseln ein Stück Bandwurm ohne Kopf abging, wurden noch weitere 4 Kapseln (im Ganzen also über 17 Grm. des Extr. fil. m.) genommen. Ohne dass ein weiterer Theil des Bandwurms abging, kam es hierauf zu heftigem, stundenlang anhaltendem Erbrechen und Durchfall, mit Collaps und Sopor, welch letzterer durch 30 Stunden währte; als Pat. erwachte, war sie am linken Auge erblindet, und erst nach 14 Tagen, nachdem der Kräftezustand wieder ein guter geworden, war die Wiederherstellung der Sehkraft eine vollständige. Verf. räth bei Anwendung des Mittels die Dosis von 10 Grm. nicht zu überschreiten.

442. ***Das Picrotoxin als Antidot des Morphins.*** *Von Prof. **Árpád Bókai** in Klausenburg. (Vorläufige Mittheilung in „Orvosi Hetilap". 1889. 3. — Pest. med.-chir. Presse. 1889. 3.)*

Anlässlich seiner Studien und Versuche über Antidote sind *Bókai* u. A. zu dem Ergebnisse gelangt, dass das Picrotoxin das rationellste Antidot des Morphins ist. Die beiden Substanzen wirken entgegengesetzt auf das Athmungscentrum des verlängerten Marks, indem das Morphin dessen Thätigkeit lähmt, kleine Dosen des Picrotoxin dagegen dieselbe erhöhen. Da der Morphintod hauptsächlich (nach Vielen sogar einzig und allein) in Folge von Lähmung des Athmungscentrums erfolgt, und da das Picrotoxin den Eintritt dieser Lähmung hintanzuhalten vermag, so kommt dem Picrotoxin bei Morphinintoxicationen eine lebensrettende Bedeutung zu. Bei solchen Intoxicationen ist auch das starke Sinken des Blutdruckes von Belang; auch nach dieser Richtung hat das Picrotoxin eine entgegengesetzte Wirkung, indem es das gefässverengende Centrum des verlängerten Markes stark reizt. Auch die Wirkung auf das Grosshirn ist bei beiden Mitteln eine conträre, doch kommt diese weniger in Betracht. Da das bisher einzig gebräuchliche Gegenmittel des Morphins, das Atropin, in grösseren Dosen nicht gereicht werden kann, ist die Suche nach neueren Gegenmitteln berechtigt. Picrotoxin als Heilmittel wurde bisher nur in England und in Amerika angewendet; *Bókai* glaubt, dass es die Präparate der Nux vomica ersetzen könnte; auch hält er dafür, dass durch dessen prophylaktische Anwendung die Chloroform-Asphyxie verhütet werden könnte. Die eingehenderen Mittheilungen behält sich *Bókai* für demnächst vor.



443. ***Ueber das Phenacetin als Antineuralgicum.*** *Von Prof.* ***Ott*** *in Prag. (Prager med. Wochenschr. 1888. 40. — Allg. med. Central-Zeitg. 1889. 30.)*

Nach Verf. verdient das Phenacetin die grösste Beachtung als Antineuralgicum, und zwar in Dosen von 0·5—1—2—4—5 Grm. pro die und gibt es nach seiner Erfahrung kaum eine auf Reflexwegen oder sonst peripher entstandene Neuralgie, welche dem Gebrauch desselben nicht weichen würde. Dagegen ist es meist wirkungslos bei den auf Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks beruhenden Neuralgien. Verf. gibt das Mittel in Pulverform, in Oblaten gehüllt, in der Dosis von 0·5 und hatte nie Ursache, zu einer höheren Dosis überzugehen; meist reichten 1—2 Pulver, im Intervall von einer Stunde gegeben, aus, die Neuralgie vollständig zu beheben. Am häufigsten und mit dem eclatantesten Erfolge wandte Verf. das Phenacetin bei Hemicranie an; desgleichen auch bei Occipitalneuralgien, wie diese häufig bei Frauen während der Menses oder bei Männern in Folge stärkerer Hämorrhoidalstauung auftreten. In einem Falle von Hemicranie hatte es sogar durchgreifenden Erfolg, nachdem Pat. zuvor Antifebrin ohne Nutzen genommen hatte. Bei reiner Trigeminusneuralgie brachte es stets nur vorübergehende Erleichterung, so dass schliesslich die Anwendung anderer Mittel, wie Chinin, Salicyl oder Elektricität, nöthig wurde, um dieselbe zu beseitigen. — Ausgezeichnet war der Erfolg in 2 Fällen von Cardialgie, ebenso in einem Falle von Intercostalneuralgie und in 2 Fällen von linksseitigen, in den unteren Intercostalräumen aufgetretenen Algien, wie man solche nicht selten bei Patienten mit Herzschwäche findet. Dagegen blieb es in einem Falle äusserst intensiver Ischialgie fast ohne jede Wirkung, trotz der Erhöhung der Dosis auf 5 Grm. pro die. — Allerdings scheint sich nach Verf. der Organismus leichter an das Phenacetin, als an das zu gleichem Zweck verwendete Acetanilid zu gewöhnen, so dass die schmerzstillende Wirkung bei längerem Gebrauche abgestumpft wird.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

444. ***Neue operative Behandlung der Phosphornecrose im Unterkiefer.*** *Von Reservearzt* ***Kr. Jewell*** *in Christiania. (Norsk Magazin for Laegevid. 1889. 2. 102.)*

Von den beiden Parteien, welche bezüglich der Behandlung der Phosphornecrose sich lange Zeit gegenüberstanden, hat in der Gegenwart die für die frühzeitige operative Behandlung eintretende das Uebergewicht, und muss man derselben beistimmen, dass, wenn auch das Abwarten der Regeneration des Kiefers kosmetisch zu besseren Resultaten führt, die Frühoperation dem Kranken die stets vorhandenen Schmerzen in dieser Zeit des Wartens erspart, dem Uebergreifen der Necrose auf andere Gesichtsknochen vorbeugt und selbst insofern lebensrettend wirkt, als die Verunreinigung der Athemluft und der Speisen mit den fauligen Producten in der Mundhöhle die stete Gefahr von



Lungenentzündung, septische Diarrhöe, Amyloiddegeneration und Marasmus mit sich bringt. Aber auch kosmetisch kann nach den Erfahrungen von *Jewell* in manchen Fällen ein viel günstigeres Ergebniss als bei der bis zur Abkapselung abwartenden Methode erzielt werden, wenn man frühzeitig die intrabuccale Abmeisselung des Alveolarfortsatzes vornimmt. In den meisten Fällen ist freilich wegen zu späten Hilfesuchens die Resection eines grösseren oder geringeren Theiles des Unterkiefers nöthig. Diese Operation hat nach der bisher angewandten Methode fast immer eine mehr oder minder starke Verschiebung des Kiefers nach hinten und im Gefolge davon Einsinken und Schiefheit und Schwierigkeit beim Kauen zur Folge. Um dieses unangenehme Resultat zu verhüten, räth *Jewell* die Operation in zwei Sitzungen vorzunehmen und in der ersten den äusseren Schnitt längs des unteren Maxillarrandes durch Weichtheile und Periost, die Astrophyten inbegriffen, auszuführen, denselben vom Knochen loszulösen und zwischen Periost, resp. Osteophytlager, eine dünne Schicht Jodoformgaze einzuführen, dann in der zweiten Sitzung den necrotischen Kiefer zu entfernen. Die zweite Sitzung findet nach fünf Wochen statt, während welcher Zeit das Periost die Aufgabe hatte, eine vom Kiefer getrennte, hinlänglich feste Knochenlade von der Form der Mandibula zu bilden. Das Verfahren gibt kosmetisch ein über Erwarten günstiges Resultat. *Th. Husemann.*

445. ***Ueber partielle Resection der Symphyse als Hilfsmittel für Operationen an der Harnblase.*** *Von Prof.* ***Helferich.*** *(Langenbeck's Archiv. XXXVII. 3. — St. Petersburg. med. Wochenschr. 1889. 6.)*

Man kann von einem Querschnitt über der Symphyse aus, ohne die Festigkeit des Beckenringes zu gefährden, den Theil der Symphyse zwischen den Tubercula pubis bis zum Niveau des oberen Theiles des Foramen obturatum entfernen und dadurch die vordere Blasenwand in sehr ausgiebiger Weise freilegen. Die Operation, welche Verf. in 3 Fällen klinisch erprobt hat, bietet keine technischen Schwierigkeiten und complicirt die Sectio alta nicht in erheblicher Weise. Indicirt ist dieselbe vorzugsweise bei Blasentumoren, nur ausnahmsweise bei anderen Leiden (z. B. sehr grossen oder eingekeilten Divertikelsteinen). Den Querschnitt zieht Verf. auch für die einfache Sectio alta dem bisher üblichen Längsschnitt vor.

446. ***Ueber den Einfluss der Sexualorgane auf den Geschlechtstrieb.*** *Von* ***Lawson Tait.*** *(Gazette de Gynaekolog. 1888. — Der Frauenarzt. 1889. Heft 3.)*

In der englisch. Gesellsch. für Gynäk. sprach *Lawson Tait* über die Wirkung der Exstirpation der Ovarien bei der Frau und der Ablatio testiculorum beim Mann auf den Geschlechtstrieb. Er berichtete von einem Mann, welcher nach der Operation zuerst ein Depressionsstadium durchmachte, dann aber lebhaften Geschlechtstrieb empfand, und auch fähig war, den Coitus auszuüben. Bei den Frauen erhöhte die Exstirpation der Uterusanhänge in gewissen Fällen sogar den Geschlechtstrieb. Redner tritt der praktischen Frage näher, welche Consequenzen der Mangel so wichtiger Organe wie der Ovarien und der Testikel



auf die sociale Seite der Ehe haben könne. Der Mann, welcher seiner Hoden beraubt ist, kann seinen Fehler nicht gut verbergen, für die Frau dagegen ist es sehr leicht, eine Ehe einzugehen, ohne dass der Mann Kenntniss davon hat, dass sie ihre Uterusadnexa nicht mehr besitzt. Solch eine Ehe ist natürlich unmoralisch, aber der Ehemann kann seinen Protest gegen diese Ehe nur dann begründen, wenn er den betreffenden Operateur, welcher die Operation vollzog, zum Zeugen hat. *Lawson Tait* berichtet von drei jungen Frauen, welche, ohne Uterus und ohne Adnexa, ihre Gattinnenpflichten vollkommen zu erfüllen behaupteten. Nichtsdestoweniger plaidirt er dafür, dass man Frauen ohne Ovarien die Ehe nur mit einem Manne ohne Hoden gestatten dürfe, ebenso wie man den Aussätzigen nur die Ehe unter einander erlaube.

447. ***Ueber Ischias scoliotica.*** *Von* ***Hugo Schüdel*** *in Bern. (v. Langenbeck's Arch. Bd. 38. H. 1. — Centralbl. f. Nervenkr. 1889. 7.)*

Diese Affection, bisher von verschiedenen Autoren, unter Anderen von *Charcot*, für eine Folge von Scoliose gehalten, hat *Schüdel* auf Veranlassung *Kocher's* zum Gegenstand einer genaueren Untersuchung gemacht und gerade das Gegentheil, die Entstehung der Scoliose durch die Ischias, festgestellt. Und zwar hauptsächlich deshalb, weil die Scoliose erst später als die Ischias erscheint, weil jene im Gegensatze zu anderen die Neigung des Körpers nach der gesunden Seite hin neben einer geringen Beugung nach vorn kennzeichnet, weil die vom Plexus ischiadicus entspringenden sensiblen Fasern in den motorischen Nerven derartig afficirt sind, dass sie die betheiligten Muskeln an activer Contraction hindern, weil die Gewebe der Wirbelsäule sich intact verhalten, und weil endlich die Scoliose nach der Beseitigung der Ischias verschwindet.

448. ***Indications for operative interference in cerebral troubles.*** *By* ***T. O. Summers*** *at Jacksonville. (Virginia med. monthly. 1889. January.)*

Der Autor legt sich die Frage vor, unter welchen Umständen das Cranium trepanirt werden soll. Die Antwort hierauf ist in Kürze folgende: 1. Bei Läsionen der Gehirnventrikel (Hämorrhagie, Transsudat) mit bestehender Hemiplegie, Hemianästhesie, Hemiopie, Ptosis mit allgemeiner oder theilweiser Paralyse der willkürlichen Muskeln (Convulsionen im Allgemeinen können weder in acuten, noch in chronischen Fällen genau localisirt werden). 2. Bei Gehirnhämorrhagien meist in Folge von Arterienruptur, selten einer Vene (nur bei Strangulation). 3. Bei Obstruction einer Arterie in Folge von Thrombose. 4. Bei Hirnabscess, gleichviel ob der Abscess im Gehirn selbst entstanden oder durch Eiterzufuhr von weither (Knochen, Lungen etc.) bedingt ist. 5. Bei Cephalalgien ohne Rücksicht auf die Natur derselben, ob rheumatisch, ob traumatisch etc. 6. Bei Traumen an der verletzten Stelle selbst. 7. Bei Epilepsie. In dieser Beziehung äussert sich der Autor wörtlich, wie folgt: „In all range of surgical therapeutics there is nothing which gives such satisfaction as the case of the trephine in epilepsy. I have rarely seen a case in which it was contra indicated." Es kann am Frontal-, am Central-, am Parietal- und Occipitallappen trepanirt werden je nach der wahr-

scheinlichen Localisation der Läsion. In all den angegebenen Indicationen hat die Trepanation nach des Autors eigenen Erfahrungen den Kranken überraschende Erleichterung und auch Heilung gebracht. Des Ausführlichen müssen wir auf das Original verweisen. *Dr. Sterk*, Wien-Marienbad.

449. ***Ueber die Annähung der retroflectirten aufgerichteten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand.*** *Von Prof.* ***Leopold*** *in Dresden. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 333.)*

An der Hand von 9 einschlägigen Fällen stellt *Leopold* für die im Titel genannte Operation folgende Indicationen auf: Die Annähung ist angezeigt: 1. Vor Allem bei Vornahme der Castration, beziehungsweise Salpingotomie wegen chronischer Oophoritis und Salpingitis, mag dabei der retroflectirte Uterus verlöthet sein oder nicht. 2. Bei Fortnahme von Geschwülsten, welche den Uterus dauernd in Retroflexionsstellung gehalten haben, als subseröse Myome des Uterus, Tumoren der Ovarien, beziehungsweise Parovarien. 3. Bei einer Rückwärtslagerung des ganz beweglichen, nicht verlötheten Uterus, wenn die Beschwerden der Kranken einzig und allein auf diese abnorme Lage zurückzuführen und alle anderen bekannten schonenderen Behandlungsarten (Pessarien) vergeblich angewendet worden sind. Die Hauptsache ist, den Grund (Fundus) der Gebärmutter anzunähen, durch welche Praktik sowohl der Verf. als auch *Czerny* sehr gute und dauerhafte Erfolge erreicht hat; Nachtheile irgend welcher Art, namentlich von Seite der Blase, kamen niemals zur Beobachtung. Welches die Fälle sind, bei denen die Totalexstirpation des Uterus gegenüber der Annähung derselben in ihre Rechte tritt, darüber sind die Acten noch nicht geschlossen. *v. Buschman.*

450. ***Eine eigenartige Erkrankung des Condylus externus femoris sinister (Sarcom).*** *Von Dr.* ***J. A. Rosenberger*** *in Würzburg. (Separatabdruck aus Langenbeck's Archiv. Bd. 87, Hft. 3.*

Ein malignes, vollständig zerfallenes Sarcom hat den Condylus externus femoris der 26jährigen Dame gänzlich zerstört, die Markhöhle eröffnet; nur der ziemlich intacte Knorpelüberzug ist übriggeblieben. Die weiche Neubildung hängt nirgends fest an, lässt sich wie ein Thrombus aus der Knochenhöhle herauslöffeln, welch letztere dann noch tüchtig ausgekratzt und desinficirt wird. Heilung reactionslos, functionelles Resultat befriedigend; das vorher sehr elende Fräulein erfreut sich nun eines blühenden Aussehens und völliger Gesundheit. Der Umstand, dass eine so eminent maligne Neubildung trotz der geöffneten Markhöhle localisirt blieb, und nach fast 2 Jahren keine Recidive eintrat, stempelt den Fall zu einer chirurgischen Rarität.

v. Buschman.

451. ***Zur Desinfection des Geburtscanales.*** *Von* ***Döderlein*** *und* ***Günther****, Assistenten der Leipziger geburtshilflichen Klinik. (Arch. für Gynäk. Bd. XXXIV, H. 1, pag. 111.)*

Nachdem die Hand des Arztes vollkommen aseptisch gemacht werden kann, ebenso wie die eventuell in Gebrauch kommenden Instrumente, so handelt es sich nur um eine sichere Desinfection des Genitalcanales der Schwangeren, um ein fieberfreies Wochenbett zu erzielen. Untersuchungen des Scheidensecretes vor und

nach Ausspülung der Vagina ergaben, dass Ausspülungen der Scheide mit sterilisirtem Wasser bei gleichzeitiger mechanischer Reinigung der Vaginalwand mit dem Finger nichts nützen. Hat man hierbei den Finger mit Vaseline eingefettet, so verhindert sogar die Einfettung die Einwirkung der Desinfectionslösung auf die Vaginalmucosa. Durch Abreibung der Vaginalwand bei gleichzeitiger Sublimat- oder Carbolirrigation kann man wohl die Vagina gründlich desinficiren, doch wird die Mucosa spröde, hart, lederartig, so dass sie intra partum dann umso leichter verletzt wird, was ebenfalls nicht wünschenswerth ist. Statt Vaseline ist Mollin, respect. Creolin-Mollin zur Einfettung der Finger anzuempfehlen, da es sich im Wasser durch Verseifung auflöst. Gut antiseptisch wirkend und gleichzeitig ungiftig ist Creolin. Man kann mittelst einer 2%igen Creolinlösung, den Finger eingefettet mit Creolin-Mollin, die Vagina durch Abreiben und Ausspülen thatsächlich (allerdings aber nur auf etwa 24 Stunden) keimfrei machen. Aus dem Grunde wird auf der Leipziger Klinik bei strenger Einhaltung der *Fürbringer*'schen Desinfectionsmethode der Hand (wobei nur der Alkohol weggelassen wird) jede Schwangere, wenn sie in die Anstalt eintritt, bevor sie untersucht wird u. dergl. m. in der erwähnten Weise desinficirt. Da die Schwangeren nach Untersuchungen nicht selten ihre eigenen Genitalien berühren, so werden auch deren Hände desinficirt. Intra partum wird unter Leitung eines Speculum eine 2%ige Creolinlösung auf den eingestellten Muttermund in die Vagina eingegossen und eine Zeit darin belassen, womit Vaginalwände, sowie Muttermund mit Watte gehörig gereinigt werden. Gleichzeitig oder eventuell schon früher werden die äusseren Genitalien entsprechend desinficirt, wird der ganze Körper gebadet u. dergl. m. Das Creolin hat den Vortheil, die Schleimhaut schlüpfrig, weich zu machen, wie bei der Einfettung. Will man nicht so energisch vorgehen, so kann man das Speculum weglassen und die Vagina der Kreissenden einfach mit Creolin zu 2% ausspülen, nachdem man ihre Wandungen früher mit Mollin eingeseift hat. Durch diese Massregeln wurde der Morbiditätsstand der Wöchnerinnen der Leipziger Klinik in letzterer Zeit bedeutend herabgedrückt. *Kleinwächter.*

452. ***Wie ist der Genitalbefund bei Morbus Basedowii?*** *Von Prof. Ludwig Kleinwächter. (Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. XVI, Heft. 1, pag. 144.)*

Kleinwächter's Mittheilung betrifft die Beschreibung des Genitalbefundes einer an Morbus Basedowii leidenden Nichtschwangeren. Dieselbe ist insoferne eine sehr werthvolle, als sie bisher die erste ist, die nach dieser Richtung hin geliefert wird. Der Fall betraf eine 29jährige, 10 Jahre verheiratete, bis dahin gesunde Frau, die vor 3 Jahren ihr drittes, letztes Kind geboren. Sie erkrankte Mai 1886 unter Herzklopfen. Auftreten von Exophthalmus und rascher Volumszunahme der Schilddrüse. Des Weiteren magerte die Frau rasch ab und schwanden die bis dahin kräftig entwickelt gewesenen Mammae. Gleichzeitig stellte sich eine so hoch gesteigerte psychische Reizbarkeit ein, dass es den Eindruck machte, als sei die Frau psychotisch. Parallel damit kam es zur erhöhten Neigung zum Schwitzen und subjectivem Hitzegefühl. Winter 1886—1887 wurde die Kranke

vollständig kahl — am Kopfe, in den Achselhöhlen und an der Schamgegend — Januar 1887 schwand die Menstruation. Ein Curgebrauch in Franzensbad, Sommer 1887, besserte das Leiden, doch stellten sich hartnäckige Diarrhöen und ein Prolapsus der Vagina nachträglich ein. Als *Kleinwächter* die Kranke Ende August 1887 sah, fand er noch eine Vergrösserung der Schilddrüse, kaum eine Spur eines Exophthalmus, wohl aber noch die verringerte Mitbewegung des oberen Augenlides bei Bewegungen des Bulbus. Die Herzdämpfung war grösser als in der Norm, die Pulsfrequenz 110—116 und der Körper vollkommen kahl. Die Mammae waren gänzlich geschwunden. Die Vagina klaffte, die vordere Wand derselben prolabirte etwas. Der Uterus war klein, atrophisch — seine Höhlenlänge mass nur 4 Cm. — und schlaff, wohl anteflectirt, doch liess sich die Lage nach Belieben mit dem Finger ändern. Seine Wände waren verdünnt. Die Ovarien waren klein, atrophisch. Menstruation bestand keine. 6 Wochen später war der Zustand kaum anders geworden. Die Amenorrhoe bestand fort. Vorliegender Fall erweist, dass bei schwerer Form *Basedow*'scher Erkrankung vorzeitige Atrophie des gesammten Genitalsystemes eintritt. Ob in einem solchen Falle wieder Restitutio in integrum eintreten kann, ist nicht bekannt. Dass dies bei leichteren Fällen erfolgen kann, erweisen die bekannten Fälle, wo solche Kranke gravide wurden. Gleichzeitiger Schwund der Mammae wurde von *Kleinwächter* und von *Foote* in einem Falle gesehen. Das Auftreten einer vollständigen Kahlheit des Körpers wurde bisher noch nicht erwähnt. —*r.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

453. ***Pseudostimme nach Ausschaltung des Kehlkopfes, speciell nach Exstirpation desselben.*** *Von Dr. Strübing. (Deutsche Med. Wochenschr. 1888. 52.)*

Czermak hat bereits im Jahre 1858 einen Fall mitgetheilt, in welchem bei absolutem Verschluss des Kehlkopfes unterhalb der Glottis verständliche Lautbildung vorhanden war. Später hat auch *Störk* eine ähnliche Beobachtung bei vollständiger Verwachsung der Stimmbänder gemacht und in jüngster Zeit einen Fall beschrieben, in welchem nach Exstirpation des Larynx wegen Carcinom mit Belassung der Epiglottis und der Kehlkopfschleimhaut sich eine querliegende Pseudoglottis bildete, deren hintere Lippe von der bei der Operation erhalten gebliebenen Schleimhautwand, die vordere hingegen von dem unteren Theile des Nodus epiglottidis gebildet wurde. Der Kranke, der eine Schornsteincanüle mit kurzer Kehlkopfröhre trug, sprach mit ganz sonorer, wenn auch rauher Stimme. *Strübing* hat im Vereine mit Prof. *Landois* im August vorigen Jahres einen von Dr. *Schmidt* aus Stettin vorgestellten Kranken, welchem der ganze Kehlkopf exstirpirt war und welcher mit deutlich vernehmbarer, wenn auch rauher Stimme sprach, untersucht und folgendes hochinteressante Ergebniss gefunden: Durch die Fortnahme des Kehlkopfes ist unterhalb der Zungenbasis ein Hohlraum geschaffen, welcher



durch Muskelkräfte verengt und erweitert werden kann. Dieser Raum wirkt an Stelle der Lungen als Blasebalg und liefert den zum lauten Sprechen nöthigen Luftstrom, nachdem die obere Trachealöffnung vollständig verheilt ist und somit eine Communication zwischen Lunge und Rachenraum nicht besteht. Der Kranke nähert dann die Zungenwurzel stark der hinteren Rachenwand und schafft auf diese Weise eine enge Spalte. Indem nun der Hohlraum durch Muskelcontraction verkleinert wird, entweicht die in ihm befindliche Luft durch die enge Spalte und erzeugt durch Reibung an den Wandungen derselben ein Stenosengeräusch, welches in seiner Bedeutung an Stelle des unter normalen Verhältnissen von den Stimmbändern gebildeten Tones tritt. An der Bildung dieser Spalte betheiligen sich wesentlich der Styloglossus und die Muskulatur der gegenüberliegenden Kehlkopfwand; an der Compression und Austreibung der Luft aus dem Hohlraume betheiligen sich ausser den genannten Muskeln noch der Stylohyoideus und der Cerato- und Chondrophapageus. Wird der Zungengrund stark nach vorwärts gezogen und somit eine Annäherung an die hintere Rachenwand unmöglich gemacht, so ist der Kranke stimmlos. Nach einigen Worten oder Buchstaben muss der Hohlraum immer wieder mit Luft gefüllt werden, was durch Nachlassen derjenigen Kräfte bewirkt wird, welche vorher denselben verkleinert und verengt hatten. Wenn der *Störk*'sche Fall das Bestreben der Natur gezeigt hat, unter günstigen Bedingungen einen stimmerzeugenden Apparat herzustellen, so zeigt dieser Fall, dass es bei Fehlen dieser Bedingungen durch systematische Muskelübungen möglich ist, eine Pseudostimme zu bilden, welche an Natürlichkeit die durch einen künstlichen Kehlkopf erzeugte bei weitem übertrifft, wenn nicht immer auch an Stärke und Deutlichkeit. *Hönigsberg.*

454. ***Untersuchungen über bestimmte Veränderungen der Netzhautcirculation bei Allgemeinleiden mit besonderer Berücksichtigung der Blutbeschaffenheit bei Anämie und Chlorose.*** *Von Arth. Friedrichson. Inaug.-Dissert. Dorpat. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1859. März.)*

Aus einer Reihe von Beobachtungen, bei welchen er der Anzahl der rothen Blutkörperchen und dem Hämoglobingehalt des Blutes ein besonderes Studium widmete, und mit Berücksichtigung der sorgfältig zusammengestellten Literatur zieht Verf. folgende Schlüsse: 1. Bei Anämie nach Blutungen und bei Chlorose ergibt der ophthalmoskopische Befund häufig eine absolute oder eine zum anämischen Habitus relative Hyperämie der Netzhautgefässe. 2. Die ophthalmoskopisch nachweisbare Durchsichtigkeit der Netzhautgefässe hängt vorzugsweise vom Hämoglobingehalt des Blutes ab, ist aber am deutlichsten, wenn auch eine Reduction der relativen Zahl der rothen Blutkörperchen vorliegt. 3. Bei Anämie nach Blutungen und bei Chlorose äussert sich die Pulsationserscheinung an den Retinalarterien hauptsächlich als Locomotion, bei neurasthenischen Patienten ist sie auffallend häufig als Kaliberschwankung zu beobachten. 4. Bei Anämie nach Blutungen nimmt die Pulsation an den Netzhautarterien mit der Dauer der chronischen Anämie bis zu einem gewissen Grade an Deutlichkeit zu, eine Alteration der Blutmischung vorausgesetzt. 5. Der „progressive



Venenpuls" *Helfreich's* ist ein auffallend häufiger Befund bei Klappenfehlern des Herzens. 6. Eine Alteration der Gefässwand wäre als begünstigender Moment für das Zustandekommen der Schlängelung der Netzhautarterien aufzufassen.

455. ***Ueber Tabaks-Amblyopie.*** *Von Dr.* ***A. R. Baker.*** *(Clevel. Med. Gazette. 1888. Juni. — Centralbl. f. Augenheilk. 1889. März.)*

Der Widerstreit der Meinungen bezüglich der Tabaks-Amblyopie hat den Verf. veranlasst, aus seinem Material sechs classische Fälle von dieser Erkrankung zusammenzustellen, von denen namentlich einer beweisend ist, der während 8jähriger Beobachtungsdauer eine Reihe von Recidiven zeigte. Verf. behauptet darnach: 1. Unzweifelhaft gibt es eine durch Missbrauch des Tabakgenusses hervorgerufene Amblyopie. 2. Der Missbrauch von Alkohol oder anderen Toxicis ruft nicht dieselbe oder eine ähnliche Amblyopie hervor; dagegen scheint er eine Prädisposition zu schaffen. 3. Die Tabaks-Amblyopie führt gewöhnlich nicht zu vollständiger Erblindung. Die Krankheit ist eine wesentlich functionelle, bei der keine palpablen pathologischen Veränderungen bestehen. 4. Die Amblyopie kann, bei einem gewissen Grade angelangt, stationär bleiben, auch wenn der Tabaksgenuss nicht ganz aufgegeben wird. 5. Abstinenz führt zur Besserung, ohne dass besondere Medicamente verordnet zu werden brauchen. Allerdings beschleunigen Strychnin und Tonica die Heilung.

456. ***Ueber Parosmie und deren Behandlung.*** *(Estr. dal boll. della malattie del' orecchio etc. — Memorabilien. 1889. 6. Heft.)*

Unter Parosmie versteht man die Hallucinationen des Geruchssinnes, der meist unangenehme Gerüche, die in Wirklichkeit nicht existiren, percipirt. Eine derartige Sensation ist fast stets subjectiv, kann aber bisweilen mit einem üblen Geruch der Ausathmung oder der Nasensecrete des Kranken verbunden sein; allein dieser üble Geruch steht immer im Missverhältniss zu demjenigen, den Patient wahrnimmt. Die Parosmie zählt zu den verschiedenartigen Hallucinationen der Geisteskranken. Sie ist entweder centraler oder peripherischer Natur. Die erstere verbindet sich besonders mit Neubildungen, welche die Fasern der Geruchsnerven tangiren; dieselbe ist unheilbar und hört nur auf, wenn die Fasern der Geruchsnerven vollständig zerstört sind. Die Geruchshallucinationen sind constant, aber sie werden intensiver, wenn der Kranke von einer Nasenaffection befallen wird.

Die Parosmie peripherer Natur, welche die grössere Anzahl der Fälle bildet, beruht auf Störungen der Endigungen der Geruchsnerven, die leicht auftreten bei chronischen Krankheiten der Nase, wie eitriger Rhinitis, chronischen Catarrhen u. s. w. Von diesen Kranken wird der unangenehme Geruch besonders wahrgenommen, wenn ein starker Luftstrom in die Nasenhöhlen dringt, sei es bei der Inspiration oder beim Schnauben. Häufig beziehen die Kranken den unangenehmen Geruch, den sie in der Nase bemerken, auf den Mund, und sind dieselben nur schwer von ihrem Irrthum zu überzeugen, der ihnen bisweilen den Verlust einiger Zähne kostet, welche sie successive, obwohl sie gesund sind, ausziehen lassen. Die Parosmie kann in Folge von Verstopfung der Fossae nasales (durch Epistaxis) entstehen,



ebenso in Folge von Operationen und Cauterisationen in den Nasenhöhlen; in solchen Fällen dauert dieselbe indessen nicht lange Zeit an. Die Behandlung muss sich hier gegen die Nasenschleimhaut, welche genau zu untersuchen ist, wenden. Handelt es sich um eine Hyperplasie oder Neoplasie, so muss sofort ein chirurgisches Verfahren eingeschlagen werden. In verschiedenen Fällen wird die Nasendouche mit alkalischen und antiseptischen Flüssigkeiten sehr gute Resultate ergeben und mitunter auch die topische Anwendung des Jodoforms und des Cocains.

457. ***Diätetik der ersten Dentition.*** *Von Prof. **Alois Monti.** (Allg. Wien. med. Ztg. 1888. 48.)*

Während der Dentition ist es eine Hauptregel, durch keinerlei Mittel in den Zahnungsprocess einzugreifen. Von diesem Gesichtspunkte aus sind die sonst üblichen Mittel, wie das Kauen auf harten Gegenständen, das Bestreichen der Schleimhaut mit sogenannten erweichenden Mitteln etc., als schädlich zu betrachten. Die Reinlichkeit der Mundschleimhaut ist die einzige nothwendige Massregel. Die Mundhöhle soll während der Dentition mehrere Male des Tages ausgewaschen werden, sei es blos mit Wasser, sei es mit antiseptischen Mundwässern. Als solche eignen sich am besten: Rp. *Acidi boracici 3.00, Aqu. font. dest. 200·00, Tinct. myrrhae 2·00. DS. Mundwasser;* oder: Rp. *Natri salicylici 3·00, Aqu. font. dest. 200·00, Tinct. myrrhae 2·00. DS. Mundwasser.* — Nach erfolgtem Durchbruch der Milchzähne sind die vorhandenen Zähne täglich mit weichen Zahnbürsten zu waschen, entweder mit obigem Mundwasser zu reinigen oder mit Hilfe des von *Zsigmondy* angegebenen zweckmässigen Zahnpulvers zu putzen, und zwar: Rp. *Magnesiae carb., Sapon. medicinalis aa. 10·00, Pulv. ossis sepiae 80·00, Olei menthae pip. gtt. sex. S. ad scat. S. Zahnpulver;* oder für noch kleine Kinder folgendes Zahnpulver; Rp. *Magnesiae carb. 5·00, Cretae albae, Natri salicylici aa. 15·00, Olei menthae pip. gtt. sex. D. ad scat. S. Zahnpulver.* — Wenn einzelne Milchzähne cariös werden, so ist es nothwendig, dieselben zu erhalten und das Weitergreifen der Caries durch das Plombiren der Milchzähne zu verhüten. Wenn mehrere cariöse Milchzähne vorliegen und in Folge derselben ein übler Geruch in der Mundhöhle entsteht, ist die sorgfältige Reinigung der Mundhöhle mit den oben angeführten Mundwässern zu empfehlen. Damit die bleibenden Zähne in richtiger Anordnung und Zeit kommen, muss man bei der Behandlung der Milchzähne an dem Grundsatz festhalten, dieselben so lang als möglich zu erhalten. Man wird deshalb bei Zahnschmerzen in Folge von Zahncaries, die noch von keiner Periostitis begleitet ist, die Schmerzen durch Aetzmittel, die man in die Zahnpulpa legt, zu stillen suchen. Sehr günstig wirkt Carbolsäure, Cocain, Jodoform, Creosot etc. Sobald der Schmerz aufgehört hat, wird man den betreffenden Zahn plombiren. Nur wo die Caries des Milchzahnes so weit vorgeschritten ist, dass eine Entzündung der Zahnwurzeln mit Periostitis eintritt, wird es nothwendig sein, die Extraction des Milchzahnes vorzunehmen.



Dermatologie und Syphilis.

458. ***Ein Fall von Hyperidrosis.*** *Von* ***C. W. Cutler.*** *(Journ. of cut. and genito-urin. diseases. 1888. Februar. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 7.)*

Ein kräftiges junges Mädchen von 22 Jahren aus gesunder Familie, ohne organische Leiden, wurde mit 13 Jahren menstruirt. Unmittelbar vorher stellte sich ohne sonstige Gesundheitsstörungen eine hochgradige Hyperidrosis beider Volae manus ein. Die Hyperidrosis besteht Winter und Sommer. Das Secret ist klar, geruchlos und schmeckt etwas salzig. Die Menge des Secretes ist bei Tag und Nacht gleich. Bei freier Perspiration sonstiger Körperstellen nimmt das Secret etwas ab, hingegen nimmt es bei Erregung zu — vorausgesetzt, dass die Erregung eine angenehme ist. Die Hyperidrosis beschränkt sich genau auf die Handteller und die Volarflächen der Finger, die Dorsalflächen sind trocken. Die afficirten Stellen sind kühl und fühlen sich etwas verdickt und verquollen an, doch nicht geschrumpft wie bei Wäscherinnen. Tastsinn und Schmerzempfindung sind normal. Die Quantität des Secretes ist enorm. Etwa 30 Gramm können von einer Hand im Laufe von fünf Minuten aufgefangen werden. Nachts müssen die Hände in Handtücher eingewickelt werden, um das Nasswerden der Bettwäsche zu verhüten. Verf. hält die Hyperidrosis für eine functionelle Neurose des Sympathicus.

459. ***Ueber die Störungen der Harnentleerung bei Prostatahypertrophie.*** *Von Med.-Rath Dr.* ***P. Gueterbock*** *in Berlin. (Berl. Klinik. 1888. 4.)*

Gewöhnlich beginnen die subjectiven Klagen der meist etwas bejahrten Patienten mit Angaben über die Erschwerung des Actes der Harnentleerung. Bis ganz vor Kurzem hat man der Anschauung gehuldigt, dass die Störungen des Actes der Harnentleerung von der eigenthümlichen Entwicklung des mittleren Prostatalappens abhängig sind. Form und Grösse, welche dieser annimmt, sollten die der Störung der Harnentleerung bestimmen. Nach Verf. erklärt sich die Entstehung der Harnbeschwerden bei Prostatikern zwangloser aus den Anschauungen der *Guyon*schen Schule. In Folge dieser stellt die Prostatahypertrophie nicht einen auf ein Organ allein beschränkten Process fibromusculärer Entartung dar, ein ähnlicher Vorgang fibröser Induration findet vielmehr im ganzen Harnsystem statt und steht in gleicher Linie mit den atheromatösen Veränderungen des Gefässsystems, wie diese ein Zeichen vorzeitiger Senescenz bildend. Diese fibröse Degeneration der Blasenmusculatur findet ihren Ausdruck in einer schleichend sich entwickelnden Blaseninsufficienz. Sehr häufig werden die Initialsymptome wegen ihres schleichenden Auftretens und ihrer geringen, über eine grosse Reihe von Jahren sich vertheilenden Intensität übersehen, und erst die unheimliche Länge der Intervalle zwischen den einzelnen Harnentleerungen und die diesen nicht entsprechende geringe Quantität des jedesmal gelassenen Urins veranlasst die Patienten, ärztliche Hilfe zu suchen. Eine bimanuelle Untersuchung von Mastdarm und Bauch her mit Unterstützung des Katheters führt sehr rasch zur richtigen



Diagnose. Vielfach ist der Katheterismus ein überaus leichter, mit gewöhnlichen Instrumenten ausführbarer und von einem irgendwie erheblichen Hindernisse am Blasenhalse ist nicht die Rede. Man würde daher den ganzen Symptomencomplex kaum verstehen, wenn man nicht auch hier die Mitwirkung einer primär coexistirenden, senilen Blaseninsufficienz voraussetzen wollte. In manchem Falle wird durch regelmässige vollständige Entleerung der Blase durch den Katheter wie in dem ersten Stadium des Leidens nicht nur eine Besserung, sondern auch eine völlige Wiederherstellung von der Blaseninsufficienz ermöglicht, so dass die betroffenen Pat. sich für längere Zeit als gänzlich geheilt erachten, wogegen in anderen Fällen wenigstens gelegentlich einmal am Tage eine Application des Instruments stattzufinden hat und eine weitere Kategorie von Pat. trotz des regelmässigen Katheterismus sogar eine Verschlechterung der Blasenfunction erkennen lässt. Die letztgenannten Pat. befinden sich schon in einem Uebergang zum 3. oder Schlussstadium der Prostatahypertrophie, in welchem eine übertriebene Ausweitung der Blasenwandungen besteht. Zur völligen Leerung der Blase durch den Katheter muss durch Druck auf den Blasenkörper vom Bauche her mitgeholfen werden. Von anderen Krankheitszeichen der „vorgerückten" Prostatiker sind die den Urin betreffenden in erster Reihe zu nennen: Polyurie, starke Sedimentirung des Harns in Folge langbestehender Rückstauung, Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis in Folge von unzeitmässig und unvorsichtig ausgeführtem Katheterismus. Die letztgenannten Complicationen können natürlich jederzeit zu einem letalen urämischen Coma führen. Eine grosse Rolle spielen weiterhin dyspeptische Störungen und Stuhlverstopfung, namentlich die ersteren können bei schon heruntergekommenen Kranken die Prognose wesentlich verschlechtern.

460. ***Die Behandlung der Verbrennungen durch Schwefelsäure.*** *Von Dr.* ***Ribaud.*** *(Journ. de méd. de Paris. 1888. 22. — Centralbl. f. klin. Med 1889. 15.)*

Die tiefgreifenden Veränderungen und Zerstörungen, welche die rohe Schwefelsäure auf der menschlichen Haut hervorruft, sind durch die lebhafte Begierde, mit welcher die Säure das Wasser anzieht, bedingt; es sind also die Brandwunden der Schwefelsäure keine Brandwunden im eigentlichen Sinne, vielmehr Deshydratationsprocesse. Die Behandlung frischer Schwefelsäureverbrennungen soll bezwecken, die Säure möglichst zu verdünnen und möglichst früh einzugreifen. *Ribaud* wendet sich gegen die übliche Anwendung der Alkalien und Application von Oelen bei solchen Verbrennungen. Zwar neutralisirt die Anwendung der Magnesia die Säure, aber sie verbindet sich nicht rasch genug mit demjenigen Theile der Schwefelsäure, der in den Rinnen und Spalten der Verletzung sich befindet; ausserdem führt die Magnesia der Schwefelsäure kein Wasser zu. Noch schädlicher ist die Behandlung mit Oelen, da ein Wärmegrad dadurch erzeugt wird, welcher der Siedehitze nahesteht. Am zweckmässigsten ist die Behandlung mit alkalischen Wässern; da aber dieselben nicht immer zeitig und reichlich genug vorhanden sind, so ist die Anwendung grosser Mengen frischen Wassers sofort nach dem Unfall das beste und am leichtesten



zu beschaffende Mittel. Ein Finger, $2^1/_2$ Minuten in reine Schwefelsäure gehalten und hinterher sofort mit Wasser reichlich abgespült, blieb ohne Brandwunde. Länger als $2^1/_2$ Minuten darf man nicht vergehen lassen, um ohne Brandwunde zu bleiben.

461. ***Tertiäre Syphilis der Trachea und der Bronchien.*** *Von **Mauriac**. (Archives générales de médecine. December 1888. — Monatsh. f. pr. Dermatol. 1889. 5.)*

Der Sitz des Syphiloms ist häufiger die Trachea als die Bronchien, und öfter das untere Ende und die Bifurcation der Luftröhre als die übrigen Partien derselben. Es entwickelt sich in der Schleimhaut, oder unterhalb derselben, infiltrirt aber oft alle Wandelemente der Trachea und der Bronchien und erstreckt sich auch ausnahmsweise auf die benachbarten Lymphdrüsen, den Oesophagus, die Aorta etc. Es führt zu Ulceration und Narbenbildung. Bald findet man diffuse Infiltrationen, bald gut umschriebene, kleine Tumoren. Durch Zerfall dieser Bildungen entsteht der „syphilitische laryngo-tracheale Phagedänismus", welcher manchmal auch auf die Nachbarschaft übergreift. Schon die Infiltration und Ulceration verursachen geringere Grade von Verengerung der Luftwege. Hochgradige Stenosen werden aber erst durch die Vernarbung hervorgerufen. Dieselbe führt zu einer Verengerung des Lumens, welches manchmal selbst für eine Rabenfeder undurchgängig ist, andererseits zu einer Verkürzung der Trachea, in deren Folge der Larynx in den hochgradigsten Fällen theilweise hinter das Manubrium sterni gelangt. Unter- und oberhalb der Stenose bildet sich in Folge der behinderten In- und Exspiration eine Erweiterung der Luftwege aus. Die Symptome sind von den durch die Affection gesetzten Veränderungen des Lumens der Luftröhre und von den Veränderungen, welchen die Affection selbst unterliegt, bedingt. Nach den Athmungsbeschwerden, Erstickungsanfällen etc. der ersten Periode — wobei zum Unterschiede von Laryngealsyphilis die Stimme zumeist unverändert oder nur zeitweise alterirt ist — tritt eine kürzere oder längere Pause der schweren Zufälle ein, um aber in der Periode der Vernarbung wieder den mit verstärkter Kraft losbrechenden suffocatorischen Symptomen zu weichen. Gewöhnlich herrschen inspiratorische, nur selten exspiratorische Athmungsbeschwerden. Die durch die Syphilis gesetzten Veränderungen sind nur selten, nur wenn sie knapp unterhalb des Ringknorpels sitzen, während der Inspiration vermittelst des Laryngoskopes zu ermitteln. Die Trachea ist manchmal spontan oder auf Druck schmerzhaft. Der Larynx sitzt tiefer und bleibt während der Phonation und während des Schluckens unbeweglich. Die isolirte Bronchosyphilose ist überaus selten. Sie tritt unter der Maske eines Bronchocatarrhs auf, um später dieselben Erscheinungen, wie die laryngeale und tracheale, aufzuweisen. Das Gefühl der Verengerung der Luftwege kann auf der einen Seite stärker sein als auf der anderen; das Verengungsgeräusch ist bei der Auscultation auf der einen Seite stärker zu vernehmen, auf der befallenen Seite ist das Athmungsgeräusch schwächer etc. Die Therapie in den Fällen, die noch nicht zum Zerfall oder zur Vernarbung geführt haben, besteht hauptsächlich in der Anwendung des Quecksilbers und des Jodkaliums. Von der localen



Behandlung durch Inhalation von Emollientia oder Quecksilberpräparaten hofft er nicht viel Effect. Das äusserste Mittel ist die Tracheotomie, welche aber nur in den Fällen, wo die Stenose in dem oberen Abschnitte der Luftröhre sitzt, von Erfolg gekrönt ist.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

462. ***Ueber das Harngift.*** *Von **Stadthagen** in Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. XV. Bd. 5. u. 6. Heft. 1889.)*

Ob dem normalen Harne eine Giftwirkung zuerkannt, welcher Art diese Wirkung und in welche Kategorie das Gift gerechnet werden soll, das Alles sind Fragen, über welche keine vollkommene Uebereinstimmung unter den Forschern herrscht. Nach *Schiffer's* Untersuchungen sind im Harne neben den anorganischen auch organische Gifte vorhanden. *Schiffer* unterscheidet 2 Stadien der Giftwirkung: ein depressorisches und ein irritatives. Etwa 50 Ccm. des von Salzen befreiten Harns genügen nach *Schiffer*, 2—3 Frösche zu tödten. Verf. setzte die Versuche des inzwischen verstorbenen Dr. *Schiffer* fort und die Resultate derselben legt er in obiger Arbeit nieder. Auf Grund eigener Versuche ist Verf. der Ansicht, dass der weitaus grösste Theil der tödtlichen Giftwirkung des normalen Harns, etwa 80—85%, den Aschenbestandtheilen zuzuschreiben ist. Ein Theil der Gesammtwirkung ist aber auch auf Rechnung der organischen Verbindungen zu setzen, da z. B. der genuine Harn im Vergleiche zu den Aschenrückständen eine grössere Giftigkeit zeigt. Ueber die chemische Natur des Harngiftes existiren nur sehr unvollkommene Angaben. Verf. wählte zu Versuchen über die Natur des Harngiftes das *Brieger*'sche Verfahren, d. h. er isolirte die Ptomaine mittelst der alkoholischen Quecksilberchloridlösung. Wenn Verf. in alkoholischen Harnextracten mit dem eben erwähnten Fällungsmittel Niederschläge erzeugte, so bestanden diese der Hauptmenge nach aus der entsprechenden Verbindung des Kreatinins. Verf. glaubt nicht, dass ein anderes Kreatinin als das gewöhnliche im Harne vorkommt. Ausser Kreatinin hat Verf. nur noch Ammoniak und Spuren von Trimethylamin gefunden. Das *Brieger*'sche Peptoxin ist im Harne nicht nachzuweisen und es ist als sicher anzunehmen, dass das Harngift kein Pepton oder Albuminat ist. Neue giftige Verbindungen hat Verf. weder aus der Reihe der Basen, noch der eiweissartigen Verbindungen aufgefunden. Verf. ist der Ansicht, dass die toxische Wirkung des Harns von dem Gehalt an Kalisalzen abhängt. Ein mit Harn vergiftetes Thier befindet sich in einem ähnlichen Zustande, wie ein nephrotomirtes, welchem Harnstoff und andere Excretstoffe injicirt worden. Bei jenem stauen diese Auswurfsstoffe in den Geweben, weil die ausführenden Wege versperrt sind, bei diesem, weil die vis a tergo, die Herzkraft, durch die Kalisalze gelähmt ist. Dass das Bild der



Harnvergiftung dem Bilde der Kalivergiftung nicht in allen Zügen entspricht, kann, meint Verf., bei einer so complicirt zusammengesetzten Flüssigkeit nicht überraschen. Da nach *Schiffer* und *Bouchard* der Harn Urämischer wenig oder gar nicht giftig ist, so ist diese Thatsache nach Verf. aus dem Fehlen oder dem geringen Gehalte an Kalisalzen zu erklären. Verf. identificirt die Urämie keineswegs weder mit einer Harnvergiftung, noch mit Kalivergiftung. Die wesentliche Verschiedenheit des klinischen Bildes spricht schon hinreichend für die verschiedene Natur dieser Processe. *v. Swiecicki.*

463. ***Fall von angeborenem doppelseitigen Klumpfuss und mehrfachen Missbildungen.*** *Von* ***A. Pilliet.*** *(Progrès méd. 1888. 38 u. 39. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 10.)*

Bei einem 24jährigen Manne finden sich folgende Erscheinungen: Schwachsinn, ausgesprochenes Stottern, doppelseitiger Klumpfuss, rechts stärker, und zurückgebliebene Entwicklung der Haare. Der Vater des Patienten war dem Alkoholgenuss ergeben. Das Stottern soll seit dem 4. Lebensjahr begonnen haben, dem Schulunterricht konnte er wegen seines Schwachsinns nicht folgen. Die Fussverkrümmung wurde erst später bemerkt. Verf. lässt unentschieden, ob es sich hier um ein erbliches Leiden in Folge des Alkoholismus der Eltern handelt oder um eine dem Fötus oder dem Neugeborenen zukommende Infectionskrankheit.

464. ***Zur Entstehung der Rückenmarkerweichung.*** *Von Prof.* ***C. Nauwerck.*** *(Beiträge zur path. Anatomie und Physiologie, herausgegeben von* ***Ziegler*** *und* ***Nauwerck.*** *Bd. II, S. 75. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 11.)*

Für die Mehrzahl der Fälle einfacher localer Erweichung des Rückenmarks ist bisher eine Ursache noch nicht aufgefunden. Jetzt theilt *Nauwerck* eine Beobachtung mit, wo bei einem jugendlichen Kranken eine subacute Myelitis transversa des Dorsalmarkes auftrat, die nach blos vierteljähriger Dauer durch einen Unglücksfall zur Section kam. In diesem Fall liess sich zum ersten Mal mit ziemlicher Sicherheit nachweisen, dass die Rückenmarkerweichung durch locale Arteriosclerose in dem sonst ganz gesunden Rückenmark entstanden ist. Nirgends lagen eigentlich entzündliche Veränderungen vor, es trug vielmehr der Befund ganz das Merkmal der ischämischen Erweichung an sich. Die Arteritis muss primär aufgetreten sein; ein Uebergreifen sclerotischer Vorgänge vom Rückenmark auf die Gefässwände kann nicht stattgefunden haben, denn die Sclerose ist überhaupt nur gering, und es erreicht die Gefässerkrankung ihren höchsten Grad in der grauen Substanz, wo eine sichtliche Wucherung der Neuroglia gar nicht eingetreten ist. Für die Mehrzahl der Fälle einfacher Myelomalacie dürfte die Entstehungsweise aus Arteriosclerose übrigens nicht zutreffen, denn die Literatur verzeichnet nicht wenige sorgfältige Untersuchungen, welche derartige Gefässerkrankungen vermissen lassen.



Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

465. ***Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit.*** *Von Prof. Dr. **Jolly**. (Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 44. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 11.)*

Jolly ist der Ansicht, dass der Sachverständige, wenn er berufen wird, ein Gutachten über die nach §. 51 des deutschen Strafgesetzbuches zu beurtheilenden Fälle abzugeben, das Recht und die Pflicht habe, nicht nur über das Vorhandensein oder Fehlen der Geisteskrankheit, sondern auch über die freie Willensbestimmung des Thäters sich auszusprechen. Die einfache Feststellung von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit genügt nicht, sondern es muss durch das ärztliche Gutachten eine gewisse Erheblichkeit, ein gewisser Grad der Krankheit für den Richter ersichtlich gemacht werden. Insofern es sich um Fälle ausgebildeter Geistesstörung handelt, wird selbstverständlich der Fall des Ausschlusses der freien Willensbestimmung im Sinne des Gesetzes gegeben sein. Es kommen aber Fälle vor, wo Geisteskrankheit im gewöhnlichen Sinne nicht vorhanden ist, dagegen Zustände angeborener oder erworbener geistiger Beschränktheit vorliegen, ferner Zustände krankhafter Erregbarkeit, in denen ebenfalls, theils angeboren, theils erworben durch Neurosen, Kopfverletzungen, durch Alkoholmissbrauch, eine abnorme Functionirung des Nervensystems herbeigeführt worden ist. Hier dürfte unzweifelhaft die Erörterung der Frage angebracht sein, ob es sich nicht empfiehlt, eine geminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Die sogenannten mildernden Umstände des Strafgesetzbuches bieten keineswegs Ersatz für Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit, und hat auch offenbar bei Erlass des Gesetzes die Ansicht nicht bestanden, unter mildernden Umständen unter Anderem auch einen bestimmten Geisteszustand des Thäters zu begreifen. Es liegt in der That das praktische Bedürfniss vor, dass Bestimmungen über geminderte Zurechnungsfähigkeit erlassen werden.

466. ***Ein bemerkenswerther Fall von Fischvergiftung.*** *Von Dr. **v. Sobbe**. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 7.)*

Einen recht interessanten Beitrag zur Casuistik der bis jetzt wenig bekannten Fälle von Fleisch-, resp. Fischvergiftung bringt uns der oberwähnte Aufsatz Dr. *Sobbe's*. Ein sonst gesunder und keinem Herzfehler unterworfener Mann genoss eine etwas grössere Menge vom Fleische des Cabeljaufisches, dessen Fleisch besonders an den Bauchdecken nicht ganz frisch, vielmehr „gelbgrün" ausgesehen hat, und dessen bitterer Geschmack als „pikant" empfunden wurde. Etwa 1½ Stunden nach der Mahlzeit traten Symptome von Benommenheit auf, bald darauf ein tiefer Ohnmachtsanfall ohne nachherigen Kopfschmerz, dem bald rasch nacheinander weitere folgten. Dabei zeigte sich ein bemerkenswerthes Symptom von Herzthätigkeitsschwäche, indem der harte, meistens als „bigeminus und trigeminus" auftretende Puls kaum 14 Schläge in der Minute zeigte. Dabei Brustbeklemmung und unreine Herztöne. Die Pulsfrequenz stieg in nachfolgenden 24 Stunden zu 26 pro Minute, um nach weiteren



12 Stunden zur Norm zurückzukehren. Der Patient genas. Die Therapie bestand in Abführmitteln und Analepticis. Auch die übrigen Personen, die von dem Fleisch etwas genossen haben, zeigten in kurzer Zeit gestörte Darmthätigkeit und Uebelkeiten, es fehlten aber die oberwähnten Symptome der Herzschwäche. Der Verfasser ist geneigt, in Anbetracht des von *Kobert* in faulem Fischfleische constatirten Vorkommens eines, dem Muscarin (Fliegenpilzgift) verwandten, wenn nicht identischen Körpers, den Fall den Ptomainvergiftungsfällen zuzurechnen. *Karlinski.*

467. ***Das Verhalten der Cholerabacterien im menschlichen Koth.*** *Von Dr.* ***S. Kitasato,*** *Tokio. Aus dem hygien. Institute der Universität Berlin. (Zeitschr. f. Hygiene. V. Bd. 3. Hft.)*

Da Verfasser in einer Reihe von Untersuchungen gefunden hatte, dass die Reinculturen der gewöhnlich im Koth enthaltenen Bacterien oder ein Gemisch derselben auf die Cholerabacterien gar keinen Einfluss ausübten, und von vielen Forschern constatirt ist, dass die Cholerabacterien im Kothe selbst rasch zu Grunde gehen, eine Behauptung, die von manchen Autoren (*Gruber*) bestritten wird, hat es *Kitasato* unternommen, diese Frage noch einmal zu bearbeiten. Zu diesem Zwecke hat er in sterilisirte weithalsige Cylindergläser von 500 Ccm. Inhalt Koth frisch entleert und entleeren lassen und jedem Glase, welches 100—150 Grm. Koth enthielt, 8—10 Ccm. einer frischen Bouilloncultur der Cholerabacterien zugesetzt, mit einem Glasstab gut umgerührt und das Glas mit loser Watte zugedeckt, einer Zimmertemperatur von 20—25° ausgesetzt. Von dieser Mischung wurde nun stundenweise eine Platinöse sowohl von der Oberfläche als auch von der Tiefe entnommen und auf Gelatine übertragen. Es zeigte sich, dass nach 8—10 Stunden in der Mischung ziemlich viele Bacterien lebensfähig waren, von da ab verminderte sich aber ihre Zahl stündlich und verschwanden nach $1^1/_2$—3 Tagen spurlos. Die Frage, ob die Cholerabacterien im Koth durch die darin vorhandenen Bacterien vernichtet, oder ob sie durch die chemische Zusammensetzung des Kothes zerstört werden, kann Verfasser nach seinen Versuchen nicht lösen; denn wenn die Cholerabacterien durch die Kothbacterien vernichtet würden, so müssten sie ihm Gemisch von Reinculturen der Kothbacterien zu Grunde gehen, wenn die chemischen Bestandtheile des Kothes allein die Cholerabacterien zerstören könnten, so müssten sie auch in sterilisirtem Koth frühzeitig absterben, was nicht der Fall ist. Es ist aber möglich, dass die Kothbacterien mit den chemischen Bestandtheilen des Kothes zusammen, oder dass irgend ein im Koth vorhandener chemischer Stoff, welcher bei Siedehitze entweicht oder zersetzt wird, die Cholerabacterien tödtet.

Schnirer, Wien.

468. ***Das Verhalten der Cholerabacterien in der Milch.*** *Von Dr.* ***S. Kitasato,*** *Tokio. Aus dem hygien Institute der Universität Berlin. (Zeitschr. f. Hygiene. V. Bd. 3. Hft.)*

Durch die Thatsache angeregt, dass Cholerainfectionen durch Milch erzeugt worden sind, hat Verfasser Untersuchungen über das Verhalten der Cholerabacterien in der Milch unternommen. In Gläschen mit je 10—15 Ccm. Milch wurde (15 Minuten nach



dem Melken der Milch) eine Oese einer Cultur von Cholerabacterien gebracht, die Gläschen in verschiedene Wärmegrade gebracht und von Stunde zu Stunde der Inhalt untersucht. In den Culturen, welche bei 36° C. standen, vermehrten sich die Cholerabacterien in den ersten 3—4 Stunden sehr stark und überwucherten die übrigen in der Milch vorhandenen Mikroorganismen; mit dem Sauerwerden der Milch verminderte sich aber ihre Zahl von Stunde zu Stunde, bis sie endlich verschwanden, während die anderen Bacterien sich entsprechend vermehrten. Die Culturen, welche bei 22—25° standen, wurden viel später sauer und die Cholerabacterien blieben länger, 1—1½ Tage, lebensfähig. Bei 15—18° und bei 8—12° wurden die Culturen erst nach 1—2 Tagen sauer und die Cholerabacterien gingen erst nach 2—3 Tagen zu Grunde. Eine Vermehrung der Keime trat bei dieser Temperatur nicht ein. Die Milch wurde also um so schneller sauer, je höher die Temperatur war. Bedenkt man, dass im gewöhnlichen Leben mehrere Stunden nach dem Melken vergehen, bis die Milch genossen wird, so ergibt sich unter Annahme einer zufälligen Verunreinigung der Milch mit Cholerakeimen das Resultat, dass bei niedrigen und mittleren Temperaturen die beigemischten Keime, bei höheren Temperaturen dagegen ein Multiplum derselben in keimfähigem Zustande in die Verdauungsorgane mit der Milch gelangen. Die Lebensdauer der Cholerabacterien hängt von der Reaction der Milch ab; je schneller die Milch sauer wird, um so schneller gehen die Cholerabacterien zu Grunde. Wurden Cholerakeime in die Milch gebracht und diese zwischen 95—100° 5 Minuten lange gekocht, so vermehrten sich dieselben nicht mehr. Das Kochen der Milch ist daher das einfachste und sicherste Mittel, dieselbe von Cholerakeimen zu befreien.

Schnirer, Wien.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

469. *Eine neue Behandlungsmethode der epidemischen Diphtheritis.*

Von Dr. A. Hennig.

Berl. klin. Wochenschr. 1889. 7. 8.

Referirt von Dr. Steigenberger in Budapest.

(Schluss.)

Entgegen der Ansicht anderer Autoren, besonders *Jacobi's*, lässt Verf., wenn die Pat. sich wohl genug fühlen, dieselben aufstehen, insbesondere Kinder, die sich ausser Bette leichter zerstreuen und ruhiger einnehmen. Erwachsene hat er selbst bei schwerer Diphtherie ambulatorisch behandelt, ohne irgend welche Verschleppung in der Heilung zu beobachten, im Gegentheile wirkte die frische Luft stets wohlthuend auf die Kranken. Bei Bewegung im Freien blieb die Eisblase natürlich fort.

Zeigt sich durch die näselnde Sprache, reichlichen Ausfluss aus der Nase, leichte Röthung und oberflächliche Excoriationen

an und unter den Nasenflügeln, dass der diphtheritische Process sich auf die Nasenhöhle fortgepflanzt hat, oder trat er dort primär auf, so lässt Verf., neben der oben erwähnten Behandlung, die Nasenhöhle mittelst eines kleinen Gummiballens mit elastischem Ansatzrohr in ½stündlichen Intervallen mit Kalkwasser wiederholt von vorne ausspülen, wodurch neben dem subjectiven Wohlbefinden eine Verringerung des Ausflusses und eine Besserung des Allgemeinbefindens sehr schnell erzielt wird.

Beim Fortschreiten des diphtheritischen Processes auf den Larynx, wobei in den meisten Fällen die Epiglottis und die aryepiglottischen Falten eine hervorragende Rolle als Vermittler spielen, wird die eben beschriebene Behandlung mit Kalkwasser so lange von gutem Erfolge begleitet sein, als sich dieser Process auf der oberen Fläche der Epiglottis abspielt, steigt er jedoch tiefer hinab, so bleibt die innere Darreichung noch immer bei ihrem Werthe. Neben der Eisblase wird das Kalkwasser mittelst des *Richardson*'schen Zerstäubers, womöglich mit einem für den Kehlkopf geeigneten Ansatzrohr bei tiefer Inspiration in diesem Falle gute Dienste leisten. Sollte der Process trotz alledem weitere Fortschritte machen und die Intubation oder die Tracheotomie nothwendig machen, so muss selbst nach diesen Operationen die erwähnte Behandlung mit Kalkwasser und Eisblase fortgesetzt werden.

Dieselbe Behandlung führt Verf. auch bei der chronischen Form der Nasen- und Rachendiphtherie durch. Er hat in seiner Praxis sieben solcher Fälle gehabt, in welchen der diphtheritische Process mehrere Wochen, bis zu 54 Tagen, ohne sich wesentlich zu ändern, gedauert hat (Diphthérie à forme prolongée). Besonderes Gewicht muss in solchen Fällen auf gute Ernährung, Eisen, Aufenthalt im Freien, wenn es der Zustand des Kranken erlaubt, und, wenn nothwendig, Wohnungswechsel gelegt werden.

Diphtheritische Belege der Augenbindehaut, der Scheide und der Gesichtshaut, welche im Gefolge der epidemischen Rachendiphtherie aufzutreten pflegen, schwinden in wenigen Tagen durch häufiges vorsichtiges Abtupfen der erkrankten Stellen mit in Kalkwasser getauchter Charpiebaumwolle und durch Kalkwassercompressen, die in schweren Fällen in stündlichen Intervallen, in leichteren zwei- bis dreimal täglich je eine Stunde hindurch jede 5 Minuten erneuert werden müssen.

Die allgemeinen Massnahmen, welche bei jedem Diptheritiskranken zu treffen sind, fasst Verf. in Folgendem zusammen: Das Krankenzimmer soll so leer als möglich sein; ausser einem Bett, Tisch und Stuhl keine Möbel und Vorhänge. Dasselbe muss gut gelüftet werden können, darf kein Alkoven sein und muss licht sein. Wo es angeht, sind 2 Zimmer, das eine für den Tag, das andere für die Nacht, zu verwenden und abwechselnd gelüftet, ausgeschwefelt und bei offenen Fenstern geheizt werden.

Excremente werden in Porzellan- oder Glasgefässen, deren Boden mehrere Centimeter hoch mit 5% Carbollösung bedeckt sind, gelassen und müssen dann diese Gefässe recht häufig gereinigt werden.



Diese Behandlung muss consequent so lange Tag und Nacht ohne Unterbrechung fortgesetzt werden, bis eine deutliche Abnahme des Belages zu constatiren ist, dann erst können die Gurgelungen, respective die interne Darreichung in $^1/_2$stündlichen Pausen und bei weiterem Schwinden in stündlichen und zweistündlichen Pausen in Anwendung kommen. Erst wenn die Membranen makroskopisch ganz geschwunden sind, gestattet Verf. Ruhepausen von 2—3 Stunden, um dann beim Erwecken wieder das Kalkwasser zu reichen. Wenn einmal zweimal 24 Stunden ohne jede Neubildung von Membranen verstrichen sind, gestattet er den Schlaf ad libitum und lässt in 24 Stunden drei- bis viermal Kalkwasser gurgeln, respective schlucken. Fängt das Kalkwasser nach Lösung der Membranen zu „fressen" an, so thut abwechselndes Gurgeln mit einem lauwarmen Camillenthee oder mit gleichen Theilen Milch gemischt gut.

Das Kalkwasser wirkt zunächst antimycotisch, ferner vermöge seiner adstringirenden Wirkung coagulirend auf das lebende Eiweiss, wodurch ein Fortwuchern der Mikroben, respective ein Eindringen des Infectionsstoffes in die Tiefe verhindert wird, und endlich lockert es vermöge seiner mucinlösenden Wirkung die Membranen, wodurch ihre Elimination aus dem Körper durch Hustenstösse, Schluckbewegungen ermöglicht wird.

Prophylactisch lässt Verf., sobald in einer Familie Diphtheritis ausgebrochen ist, die gesunden Erwachsenen dreimal täglich, die Kinder alle 2 Stunden mit Kalkwasser gurgeln, respective einen kräftigen Schluck nehmen, insbesondere diejenigen Personen, welche mit dem Kranken dauernd in Berührung sind.

Das Kalkwasser, sagt Verf., ist im wahren Sinne des Wortes ein Specificum für die epidemische Diphtheritis, wie das Chinin für Malaria, das Quecksilber für Lues, die Salicylsäure für den acuten Gelenksrheumatismus.

Literatur.

470. ***Zahnärztliche Rundschau.*** *Redigirt von Dr. med. univ.* ***A. Papsch****, Zahnarzt. I. Jahrgang, 1. Heft. Innsbruck, Commissionsverlag der Vereins-Buchhandlung, 1889.*

Es liegt das 1. Heft eines neuen zahnärztlichen Organes vor, welches sich die Aufgabe gestellt hat, neben der Veröffentlichung von Originalarbeiten österreichischer und deutscher Zahnärzte auch eine Uebersicht aller werthvollen Arbeiten der ausländischen zahnärztlichen Literatur den Fachkreisen zu übermitteln. Der Name des Herausgebers, der auf Grundlage einer wissenschaftlichen Ausbildung als Praktiker die Zahnheilkunde ausübt, bürgt dafür, dass in der neuen zahnärztlichen Monatsschrift die wissenschaftliche und praktische Seite der Zahnheilkunde in gleichem Masse ihre Berücksichtigung finden werden. Den Inhalt des I. Heftes bilden: *Papsch, Abbot's* automatischer Hammer nebst einigen Bemerkungen über das Vorarbeiten adhäsiver Folie; *Rother*, Imprägnirung der Pulpareste durch Borax nach *Baume*'scher Methode; *Ulbrich*, Ueber Metallarbeiten beim künstlichen Zahnersatze; *Kaligoris*, Das Finiren der plastischen Füllungen; Referate über Arbeiten von *Schwarze*, *Scheff* und *Küster*. So möge die „Zahnärztliche Rundschau" bald einen zahlreichen Kreis von Mitarbeitern und Lesern um sich schaaren. *R.*



471. ***Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden für die Brust- und Unterleibsorgane mit Einschluss der Laryngoskopie.*** *Von Dr.* **Paul Guttmann,** *ärztlicher Director des städtischen Krankenhauses Moabit etc. in Berlin. 7. vielfach vermehrte Auflage. Berlin 1889, August Hirschwald.*

Auf den verschiedensten Gebieten der inneren Medicin ist der Name *Paul Guttmann* als der eines ernsten Forschers uns oft begegnet; wir wissen, wie eingreifend bei den Discussionen in den ärztlichen Vereinen Berlins gerade seine Anschauungen in die Waage fallen, wie Wesentliches *Guttmann* leistet für unsere Gesammtwissenschaft als Herausgeber seines Jahrbuches für praktische Aerzte. Demnach sind unsere Ansprüche seinem uns vorliegenden Lehrbuche gegenüber sehr bedeutend und sie sind, um es vorweg zu sagen, nach allen Seiten befriedigt. Wir kennen das Buch seit seiner 1871 erschienenen ersten Auflage, haben mit Aufmerksamkeit die einzelnen Zusätze und Veränderungen verfolgt und waren durchaus nicht erstaunt, dass es für würdig gefunden würde, es in verschiedene Sprachen, in's Französische, Englische, Russische, Spanische, Italienische zu übersetzen. Das Geheimniss liegt einfach darin, dass ohne gelehrten Ballast, alles nur irgendwie Wichtige aus der Percussion und Auscultation, Alles, was bei der allgemeinen Untersuchung des Kranken bei der Inspection und Palpation dem Arzte zu wissen nöthig ist, in bündiger, klarer, gefälliger Sprache gelehrt wird. Schon in der ersten Auflage hat der Verfasser, dem Gange einer systematischen, wissenschaftlichen Krankenuntersuchung entsprechend, die Darstellung in Bezug auf die Reihenfolge der Methoden bei der Untersuchung der einzelnen Organe zu Grunde gelegt und hat trotz der Anfangs hie und da abfälligen Beurtheilung nichts in der Anordnung geändert. Die Zeit hat es erwiesen, dass der Verfasser gut daran gethan hat. — Dementsprechend beginnt das Buch mit der allgemeinen Untersuchung, bespricht das Fieber und dessen verschiedene Typen. Jetzt wendet es sich zur Inspection, zu den Veränderungen der Hautfarbe, zur Hautblässe, Cyanose, zum Icterus, zur Broncefärbung, Argyria, Schweisssecretion und lenkt bei jedem einzelnen dieser Symptome auf die mögliche Entstehungsursache hin, dabei stets die bis in die neueste Zeit gefundenen Resultate berücksichtigend. Jetzt wird die Inspection des Thorax vorgenommen, die Form, die Maasse, die Respirationsbewegungen, deren Frequenz, die Spirometrie etc. im normalen und den verschiedensten pathologischen Zuständen besprochen. Es kommt die Palpation des Thorax, dessen respiratorische Excursion, der Pectoralfremitus, die fühlbaren Reibungsgeräusche der Pleura, die fühlbaren Rhonchi, die fühlbare Bewegung flüssiger Secrete in den Lungenhöhlen an die Reihe. Wir sind absichtlich der Ausführung genau gefolgt, um zu zeigen, wie vollständig Alles besprochen, und dass es bis in's Kleinste dem heutigen Stande der Wissenschaft entspricht, ist bei der scrupulösesten Prüfung zu constatiren. Die nun folgende Percussion des Thorax, Auscultation der Lungen, die Untersuchung des Circulations-Apparates sind eine geradezu meisterhafte Leistung. Folgt Untersuchung der Unterleibsorgane, Untersuchung des Blutes, der Secrete und Excrete, die viele lehrreiche Gesichtspunkte eröffnen. Endlich beschliesst das Ganze ein auf das Allernothwendigste beschränkte Abhandlung über Untersuchung des Kehlkopfes. Alles in Allem, das bekannte Lehrbuch ist für den praktischen Arzt eine Hilfe, die er, wenn er sie einmal kennen gelernt, nicht leicht entbehren kann. Seine weite Verbreitung ist vollauf gerechtfertigt und dringend zu empfehlen. Die Ausstattung ist eine sehr gute. *Hausmann*, **Meran.**

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

472. ***Ueber Herzschwäche.*** *Von Dr.* **Schuhmacher** *in Aachen. Nach einem Vortrage im ärztlichen Verein zu Aachen. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 14.)*

Jeder von uns wird bisweilen im Sprechzimmer, häufiger im Bette Patienten gesehen haben, die, über Athemnoth und Anschwellung meist der Beine klagend, den Eindruck Schwerkranker machen. Der spärliche, dunkle, salzüberladene Urin lässt bei erstem Zuschauen an Nierenleiden denken. Genauere Untersuchung zeigt ihn eiweissfrei oder ergibt selten höhere Grade von Albuminurie, und der Verdacht auf Morbus Brightii schwindet um so eher, wenn statt des bleichen Antlitzes jener Kranken uns das cyanotische Aussehen unseres Patienten auffällt. Der kurze Husten, der zähe Auswurf, die mit Lagewechsel sich mehrende Athemnoth leiten dann zur Lungenuntersuchung hin. Doch auch hier findet sich nicht die gesuchte Erklärung, denn tiefe Athemzüge sind möglich, Emphysem also und Asthma auszuschliessen; das Lungengewebe und die umgebenden Pleuren zeigen sich normal, und nur Geräusch und Rasseln weisen auf bronchialen Catarrh hin, der nicht genügend den Lufthunger des Kranken begründet. Bei der Untersuchung des Pulses fällt sofort eine bedeutende Abweichung von dem normalen Rhythmus und der normalen Stärke desselben auf. Eine bald weichere, bald härtere Welle kommt in unregelmässiger Folge, und während Sie in einer Viertelminute 15 Pulsationen zählen, erheben sich dieselben gleich darauf in gleicher Zeit auf 30, fallen auf 10, steigen wieder und übersteigen in der Regel dauernd die Normalzahl. — Das Stethoskop ergibt meist noch grössere Störungen der Herzaction; ihr gegenüber finden sich auffallenderweise und gewöhnlich unserer Erwartung nicht entsprechend, reine, wenn auch schwache Herztöne. Während Aspection und Palpation manchmal keinen Herzspitzenton erkennen lassen, beweist die Percussion eine mehr oder weniger umfangreiche Breitenvergrösserung des Herzens.

Vervollständigen wir das klinische Examen, so erscheinen die unteren Extremitäten um die Knöchel, an den Waden, den hinteren Flächen der Oberschenkel ödematös, der Unterleib aufgetrieben und von freiem Transsudat erfüllt oder bei mangelndem Ascites in der Lebergegend druckempfindlich und resistent, der Stuhl retardirt oder wässerig dünn, Hunger und Verdauung gestört. Sehen Sie den Kranken häufiger, an verschiedenen Tagen, so fallen weitere Erscheinungen auf. Bisweilen werden Sie Zunahme des Lufthungers bemerken, besonders in Verbindung mit schlechten, beunruhigenden Nächten; Sie werden in diesen Momenten grösserer Dyspnoë das Herz nach rechts oder links oder nach beiden Seiten über den vorher gezeichneten Umfang vergrössert erkennen und statt der reinen Herztöne am ehesten über der Mitralis, seltener auch über der Tricuspidalis begleitende oder ersetzende Geräusche hören. Wiederum kann einige Tage später, meist nur dank eingeleiteter Behandlung, die Dyspnoë gemindert, der Herzumfang verkleinert und das Klappengeräusch verschwunden sein, der Puls entsprechend regelmässiger und stärker erscheinen. Doch die Besserung, wenn nicht dauernd erzwungen, hält nicht an, und falls wir ungewiss oder zögernd warten, verschlimmert sich die Lage. Unter Beschleunigung von Puls und Herzaction, unter Steigerung der Athemnoth und des Hydrops nimmt die Schwäche des Patienten zu, und tödtlicher Ausgang ist zu erwarten.

Fragen wir nach dem Sitz des Uebels, so leitet genaue Erwägung nach Ausschluss von Lungen- und Nierenerkrankung auf das Herz als Centrum der Erkrankung hin. Die anfängliche Diagnose eines Herzklappenfehlers lässt sich nicht festhalten, weil deutliche Reinheit der Herztöne zu bestimmten Zeiten zu beobachten war. Dagegen weisen die ebenso unzweifelhaft an anderen Tagen constatirten Geräusche an der Mitralis auf eine relative, besser eine zeitliche Insufficienz dieser Klappe hin. Letztere kann nur durch abnorme Erweiterung der linken Herzhöhlen und des linken Ostium atrio-ventriculare erklärt werden und muss im Verein mit den Ergebnissen der Percussion als Nachlass der Contractionskraft des Herzens gedeutet werden. Wir haben also im vorliegenden Falle eine Erschöpfung oder Erkrankung des Herzmuskels anzunehmen, welche, weil bis zum Stadium unzureichender Compensation entwickelt, mit functioneller Klappenstörung sich verbindet.

Die Grösse der Gefahr, in welcher der Kranke nicht nur nach seinen subjectiven Klagen, sondern in Wirklichkeit schwebt, lässt die Frage gerechtfertigt erscheinen, ob die von uns erwartete Hilfe auch in Wahrheit geleistet werden kann, ob wir nicht allein auf symptomatische Erleichterung der anscheinend nur noch kurzen Lebensfrist beschränkt sind. Jedenfalls ist die Prognose zweifelhaft. Denn im Centrum und in den peripheren Gebieten der Blutbewegung sind so schwere Störungen nachweisbar, dass unter weiterer Aenderung des physiologischen Gleichgewichts ein plötzlicher Nachlass der Propulsivkraft des Herzens möglich und zu befürchten ist. Dennoch lehrt die Erfahrung, dass bei wenig anderen chronischen Krankheiten das Leben des Patienten so sehr in unsere Hand gegeben ist, als bei dieser Form von Herzerkrankung, und dass von unserem Erkennen und Können sein Wohl und Wehe abhängt. Unsere Stellung ist eine günstigere als beim nicht mehr compensirten Klappenfehler. Hier liegen anatomische Umänderungen vor, die nach erreichter Besserung ihrer Folgen nicht zu schwinden pflegen und leicht den Grund zu neuem Siechthum legen. Bei der Herzschwäche ist dagegen die Ursache häufig zu beseitigen und zu meiden, daher manchmal Heilung und dauernder Erfolg selbst in schwersten Fällen zu erreichen. Wollen wir aber zu diesem Ziel gelangen, so muss unsere Therapie eine energische, langdauernde sein und erst mit völliger Genesung momentan abschliessen.

Ich bin nicht der Erste in unserm Verein, der auf diese Cardiopathie hingewiesen hat, sondern Geh. Sanitätsrath Dr. *G. Mayer* hat schon 1881 in seiner für den Praktiker anregenden und neue Gesichtspunkte erschliessenden Arbeit „Ueber heilbare Formen chronischer Herzkrankheiten“ die Bedeutung der Erkrankung und ihre vielversprechende Behandlung hervorgehoben. Dennoch glaube ich einen hierhergehörigen Fall nochmals vorbringen zu dürfen.

Am 13. Mai 1886 klagte der 47jährige Gastwirth H. über hochgradige Athemnoth, bedeutende Schwellung der Beine und Auftreibung des Unterleibes. Sein Hunger sei Null, Schlaf durch Athemnoth und Angstgefühle gestört, er könne nicht arbeiten und fühle sich todtkrank

Status praesens. 14. Mai. Bedeutende Stauungsphysiognomie mit mässiger Gelbfärbung der Augen, hochgradige Athemnoth; in den unteren Lungenlappen feuchtes Rasseln. Radialpuls 80 bis 100 in der Minute, klein, sehr unregelmässig und von wechselnder Stärke. Herzspitzenstoss nicht nachweisbar, Pulsation rechts vom Proc xyphoideus und unter ihm sicht- und fühlbar. Herzdämpfung vom linken Sternalrand um 1 Cm. über linke Mamillarlinie vergrössert. Herzaction sehr unregelmässig, nicht in völliger Uebereinstimmung mit dem Radialpuls. Ueber der Mitralis zwei schwache Geräusche, von denen das systolische stärker als das diastolische, keine Töne zu hören. Ueber den anderen Klappen schwache, aber reine Töne, zweiter Pulmonalton nicht verstärkt. Leber nicht zu percutiren, Bauchumfang in



Rückenlage in Nabelhöhle 114 Cm. und deutliches Fluctuationsgefühl. Bauchdecken ödematös, bedeutendes Anasarca des Scrotum und der Beine. Urin stark sedimentirt, ohne Eiweiss, 24stündige Menge 600 Ccm. Kein Hunger, viel Aufstossen, Schlaf gestört. Diagnose: Insufficienz und Stenose der Mitralis im Stadium unzureichender Compensation. Lungenödem, freier Ascites. Therapie: Bettruhe und Infus. digit. 1·0:200·0 mit Kali acetic. 10·0, stündlich 1 Esslöffel. 19. Mai. Kein Erfolg der mehrfach reiterirten Ordination. Wegen dringender Lebensgefahr Punction des Bauches und Entleerung bedeutender Menge trübseröser Flüssigkeit. Digitalisinfusum 2stündlich.

21. Mai. Subjectives Wohlbefinden: zum ersten Mal seit Wochen ruhiger Schlaf. Urinmenge 2000 Ccm. ohne Sedimente. Herzdämpfung nach links bis in die Mamillarlinie hineingerückt. Ueber der Mitralis zwei undeutliche Geräusche. Lebergrenze in normaler Ausdehnung zu percutiren, unterer Leberrand noch etwas druckempfindlich. Digitalis und Kampher, Scillawein.

1. Juni. Letzte Ordinationen sind unregelmässig genommen worden, weil seit 28. Mai mit Wiederkehr des Angstgefühls subjective Störung der Herzthätigkeit und unruhiger werdende Nächte sich eingestellt haben. Es finden sich 32—40 ungleiche Radialpulse, unregelmässige Herzaction. Die beiden Mitralgeräusche sind verschwunden und durch zwei gespaltene Töne ersetzt. Bei starkem Uriniren und ganz abgeschwollenen Beinen ist der Bauchumfang im Stehen auf 92 Cm. gesunken und kein Ascites mehr nachweisbar. Dieser Zustand wird als Digitalisvergiftung gedeutet, und statt des vorher angenommenen Klappenfehlers wird functionelle Klappeninsufficienz in Folge von Herzschwäche diagnosticirt. 4. Juni. Patient hat sich auf Liq. Ammon. anis. erholt und urinirt über 1500 Ccm. Puls 92, zwei deutliche Mitraltöne.

1. August. Patient vom Lande zurück, weil seit einiger Zeit das alte Leiden zurückgekehrt ist. Puls bis 100, unregelmässig, von wechselnder Stärke, Herzdämpfung wieder nach links verbreitert, systolischer Mitraliston durch ein blasendes Geräusch ersetzt. Bauchumfang im Liegen 102 Cm., freier Ascites im Stehen bis zum Nabel reichend. Etwas Oedem über beiden Tibien. Bettruhe und Digitalis mit Scilla bringen in 10 Tagen bedeutende Besserung, und bis zum 25. August sind alle krankhaften Veränderungen völlig geschwunden. Wiederum Landaufenthalt und bei Athemnoth Pulv. Digit. 0·2 pro die.

1. October. Patient hat draussen grosse Fusstouren gemacht und fühlt sich durchaus wohl. Herz befriedigend.

1. December. Unmerklich ist erst in den letzten Tagen rasch wachsende Verschlechterung aufgetreten, die an das Krankheitsbild vom Mai erinnert.

15. December. 6 Gramm Digitalis im Infus genommen, haben bedeutende Besserung gebracht, sobald die Urinmenge sich hob. Radialpuls jetzt 80, fast ganz regelmässig, Herz auf die normalen Grenzen zurückgezogen, die systolischen Geräusche durch normale, wenn auch nicht sehr helle Töne ersetzt. Es bleibt nur mässiges Oedem der Fussrücken. Ordination: Maceration von Bulb. Scillae in Wein.

1887 1. Februar. Das Befinden war den Winter über sehr gut und ohne Beschwerden. Puls ist jetzt 80, fast ganz regelmässig, reine kräftigere Herztöne. Bauchumfang im Liegen 92—93 Cm.

1. November. Patient seit Februar gesund geblieben. Doch nahm er im April auf eigene Veranlassung eine Flasche Digitalisinfus, weil es sich vorübergehend nicht gut fühlte, und gebrauchte bisweilen Bulbus Scillae, um Fussrückenschwellungen prompt zu heben.

1888 1. September. Befriedigendes Wohlbefinden und völliges Freibleiben von Rückfällen.

Der soeben besprochene Fall lässt sich in folgenden Punkten zusammenfassen: 1. Eine seit drei Jahren bestehende Herzerkrankung wird Mai 1886 als Insufficienz und Stenose der Mitralis im Stadium unzureichender Compensation diagnosticirt. 2. Patient gesundet unter dem lange fortgesetzten Gebrauch von Digitalis, nachdem eine Punction des Unterleibes wegen drohender Lebensgefahr gemacht worden. Direct nach der Punction hebt sich die Urinsecretion über die Norm und bleibt auf dieser Höhe, schon ehe diese Vermehrung der Digitalis zuzuschreiben ist. Zugleich schwindet das Anasarca, das dilatirte Herz rückt in normale Grenzen, und an Stelle der vorherigen Klappengeräusche erscheinen reine Herztöne. 3. Die erzielte Besserung wird nach immer längeren Fristen durch neue Verschlimmerung unterbrochen, aber durch weitere Digitalis-



behandlung wiedergewonnen. Sie dauert jetzt seit $1^1/_2$ Jahren an und darf einstweilen als Herstellung betrachtet werden, weil die Herzkraft nicht auffallend unter die Grenze der Gesundheit herabsinkt. Doch bekunden die bisweiligen Fussrückenödeme die verringerte Kraft des Herzmuskels. Neben Digitalis ist die diuretische Wirkung von Bulbus Scillae von Bedeutung. 4. Die heutige Diagnose des Falles lautet: Herzschwäche, nachweislich nur auf der linken Herzhälfte hervortretend, mit zeitlicher functioneller Klappenstörung.

Soweit die Ergebnisse der klinischen Untersuchung. Es dürfte sich fragen, ob die Diagnose richtig ist. Unter den zum Vergleich sich darbietenden Krankheiten ist zuerst das Fettherz, welches ja auch Ursache von Herzschwäche wird, auszuschliessen. Denn für die primäre, auf das Herz beschränkte und daher gewissermassen selbstständige Verfettung des Herzmuskels fehlen alle in Theorie und Praxis als charakteristisch geltenden Symptome. Desgleichen mangelt für die secundäre Form, bei welcher die Fettbildung verschiedene Entwicklungshöhe erreicht, vor der Bedeutung der Erkrankung des Gesammtkörpers oder einzelner Organe aber zurücktritt, die Grundbedingung, wie Gicht, Rheumatismus, chronische Erkrankungen der Lungen, Leber, Nieren u. s. w. Ebenso geringe Analogie bietet sich zur chronischen diffusen Myocarditis, sobald ich sie nach dem von *Rühle* äusserst scharf geschilderten Bilde auffasse. Denn trotz mannigfacher Uebereinstimmung trifft *Rühle's* Hauptforderung der dauernden Regellosigkeit der Herzerscheinungen nicht zu, dass nämlich die Verbindung von Arhythmie mit Unregelmässigkeit in der Stärke der Herzcontractionen und Pulse nicht nur paroxysmenweise auftrete, sondern anhaltend sei und auch bei erreichter Besserung niemals vollständig weiche.

Es erübrigt die von *Stokes* zuerst aufgestellte Herzschwäche, das weakened heart, die nach ihm durch Verminderung der Energie des Herzens, besonders des linken Ventrikels, charakterisirt ist und die häufigste Ursache der Dilatation bildet. *Stokes* kennt keine einfache, nicht complicirte Dilatation des Herzens. Ihr Vorkommen ohne Bezug auf irgend eine Entartung des Muskelgewebes oder auf Klappenverengerung betrachtet er für so selten, dass, wenn er auch ihr mögliches Vorkommen nicht leugnet, er doch zugestehen muss, dass nur wenige oder gar keine klinischen Beobachtungen vorliegen, welche ihre Diagnose feststellen. Für die complicirte Dilatation aber nennt er drei Ursachen: 1. Erkrankung der Ostien, 2. Circulationsstörungen in entfernten Organen, 3. einen Schwächezustand des Herzmuskels, der von ihm oder seiner näheren Umgebung ausgeht, häufig mit fettiger Degeneration in einem früheren Stadium in Zusammenhang steht.

Die späteren Autoren haben den von *Stokes* geschaffenen Begriff der Herzschwäche festgehalten und durch Erforschung der Aetiologie bekanntlich die körperlichen Ueberanstrengungen als wichtige Krankheitsursache dargestellt. Auch Uebermass in Lebensgenuss, überbürdetes geistiges Arbeiten sind als schädigende Momente erkannt worden. Und entzieht sich auch häufig die verderbliche Einwirkung der Aussenwelt unserer Beobachtung, und vermögen wir nicht immer die im Körperinnern entstehenden Bedingungen zu erkennen, so sind doch die Beziehungen dieser Factoren auf das Herz so mannigfach, dass wir die Möglichkeit erworbener Schwäche annehmen müssen und von diesem Standpunkte aus auch den vorliegenden Fall als Herzschwäche deuten dürfen.



Kleine Mittheilungen.

473. ***Gegen Pruritus pudendi*** empfiehlt *A. Duke* (Dublin), an Stelle der von *Routh* benutzten Lösung von Borax in Pfefferminzwasser, welche nur geringe Erleichterung verschaffen soll, das Menthol in Substanz. Die Stellen werden 3 oder 4 Mal mit dem Mentholstift überstrichen. Unmittelbar nach der Anwendung stellt sich ein leichter brennender Schmerz ein, welchem aber bald ein angenehmes Gefühl von Kühle folgt. Die Wirkung hält öfters mehrere Tage an. (Brit. med. Journ. 1888. — Allg. med. Centr. Ztg. 1889. 28.)

474. ***Saures Calciumphosphat in Form eines Syrups mit Creosot und Perubalsam*** empfiehlt *Schoepp* (Ph. Weekbladt) gegen Phthise nach folgender Formel:

Rp. *Phosphat. Calcis* 3·75
Aq. destill. 8·0
Misce et adde.
Acidi muriatici q. s. (5·0—6·4)
ad solutionem dein adde.
Balsam. peruv.
Gummi arabic. *aa.* 2·0
Creosot 1·0
Syrup simpl. q. s. *ad* 100·0
Täglich 3 Esslöffel in Wasser zu nehmen.

475. ***Gegen Oxyuris vermicularis*** empfiehlt *J. Chéron*:

Rp *Ol. jecoris aselli* 40·0
Vitelli ovi Nr. 1
Aqu. dest. 125·0
DS. Für ein Clysma.

Wenn das Clysma nicht wirkt, macht man noch eines mit reinem Leberthran, welches dann sicher wirkt. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 18.)

476. ***Als Belebungsmittel in Chloroformasphyxie*** wird empfohlen, Aether auf den Bauch zu giessen; die erzeugte Abkühlung soll sofort zu tiefen Respirationen anregen. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 15.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Grosser, Dr. Julius. Therapeutische Notizen der Deutschen Medicinal-Zeitung 1880—1889. Heft I (A—Gelenksentzündung). Berlin 1889, Verlag der Deutschen Medicinal-Zeitung.

Helmholz, H. v. Handbuch der physiologischen Optik. II. umgearbeitete Auflage. Mit zahlreichen in den Text eingedruckten Holzschnitten. 5. Lief. Hamburg u. Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1889.

Kopp, Dr. C., Docent an der Universität München. Lehrbuch der venerischen Erkrankungen für Aerzte und Studirende. Mit 23 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1889. (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Bd. XIV.)

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

477. ***Darlegung der Hauptbedingung für die Ueberanstrengung des Herzens.*** *Von Prof. Dr.* ***Julius Sommerbrodt*** *in Breslau. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 5.)*

Jede aussergewöhnliche Muskelanstrengung erhöht den arteriellen Blutdruck, so dass es bis zu Ueberanstrengung des Herzens kommen kann. Es ist nun fraglich, weshalb nicht alle energischen Muskelleistungen dahin führen und worin die Ursache liegt, wenn es zur Herzbeschädigung kommt. Welches ist nun die Compensationsvorrichtung, welche jedem gesunden Menschen dem durch Muskelarbeit erhöhten arteriellen Blutdruck gegenüber gegeben ist. Jede Muskelthätigkeit vermehrt den Kohlensäuregehalt des Muskels unter Verminderung des Sauerstoffes. Vermehrte Kohlensäure im Blut vertieft und beschleunigt die Athmung durch Beeinflussung der die Athmung regulirenden Innervationsvorrichtung. Vertiefte, beschleunigte Athmung steigert den intrabronchialen Druck. Jede intrabronchiale Drucksteigerung reizt die sensiblen Nerven der Lunge. Hierdurch wird der von den sensiblen Nerven der Lunge nach den vasomotorischen Nerven ausgehende Reflex ausgelöst — die Gefässwände werden entspannt. Jede Entspannung der Gefässwände vermindert den arteriellen Blutdruck. Da nun bei jeder Muskelarbeit Erhöhung des arteriellen Blutdruckes, gleichzeitig aber automatisch und daran gebunden der Reflex nach den Vasomotoren, die Entspannung der Gefässwände eintritt, so ist diese unbedingt die Compensationsvorrichtung gegen durch Muskelarbeit erhöhten Blutdruck. Hierher gehört auch die von *Oertel* zuerst nachgewiesene und für seine Methode, die sogenannte Terraincur, hochwichtige Thatsache, dass z. B. nach Bergsteigen sowohl die Erhöhung des Blutdruckes als auch die Entspannung der Gefässwände noch stundenlang nachzuweisen sind. Das Verhalten dieser Compensationsvorrichtung bei körperlichen Ueberanstrengungen mit plötzlicher oder nachhaltiger Schädigung des Herzens ist beim Heben grosser Lasten, Stemmen, bei anstrengenden Märschen unter gleichzeitigem Tragen grösserer Last (Tübinger Arbeiter), bei anstrengender Muskelarbeit älterer Leute nachweisbar. Jener berühmte Fall *Traube's* (von *Leyden* mitbeobachtet), ein Mann von 54 Jahren, welcher durch Heben seines 6jährigen Sohnes zu sich in's Bett, und sofort untersucht Insufficienz der Aortenklappen

ergab, ferner derjenige, den gleichfalls *Leyden* beschreibt, Aortenklappeninsufficienz nach Ringen mit einem brünstigen Hirsch, desgleichen *Forster's* Fälle (Med. Times, 1873), z. B. der des Heizers, welchem durch Heben plötzlich der eine Zipfel der Aortenklappen riss — sie zeigen Alle, was Schwerheben, Stemmen an Herz und Gefässen ohne Einfluss der Compensationsvorrichtung hervorbringen kann. Zur Leistung solcher Anstrengung (Stemmen etc.) ist erste Grundbedingung, nach einer tiefen Inspiration den Brustkorb ganz festzustellen, d. h. der Athem wird angehalten, damit die Muskeln der Arme und die Bauchmuskeln sichere Anhaltspunkte am Thorax für ihre Action gewinnen können. Durch diese Fixirung des Thorax in Inspirationsstellung tritt keine intrabronchiale Drucksteigerung auf, deshalb kann kein Reflex von den sensiblen Nerven der Lunge auf die Gefässe ausgelöst werden, keine Gefässentspannung entstehen, im Gegentheil wird eine Cumulation der blutdrucksteigernden Einflüsse zu einer Zeit stattfinden, wo jede Compensation am Gefässrohr fehlt, die sonst bei jeder anderen Muskelarbeit vorhanden ist. Die Hauptbedingung also für Ueberanstrengung des Herzens liegt nach *Sommerbrodt* in der Ausschaltung oder der ungenügenden Entfaltung, oder der krankhaften Störung der Compensationsvorrichtung, welche gegenüber der Steigerung des arteriellen Blutdruckes bei energischer Muskelarbeit dem menschlichen Organismus gegeben ist. *Hausmann*, Meran.

478. ***Eigenthümliches Fieber auf dem Auswandererschiffe Musca während einer Reise von Norwegen nach Honolulu (Winter 1880/81).*** *Von E. Kraft. (Norsk Magazin for Laegevidensk. 1889, 3, pag. 163.)*

Auf dem Auswandererschiffe Musca stellte sich nach zweimonatlicher Fahrt eine eigenthümliche febrile Affection ein, welche in ihrem Verlaufe dem Typhus vielleicht am nächsten steht, jedoch mit Sicherheit von dem letzteren geschieden werden muss. Das Leiden ergriff etwa 25 Erwachsene und 5 Kinder und hatte den Tod von 3 Erwachsenen und 3 Kindern zur Folge. Die Fälle waren sporadisch auf 4 Monate vertheilt. Die Krankheit begann mit den Symptomen einer starken Erkältung oder eines leichten Abdominaltyphus mit Mattigkeit, Schwere im Körper und Appetitlosigkeit, aber ohne jeden Stupor und ohne gastrische Erscheinungen; nach einigen Tagen wurden diese Erscheinungen stärker und kam es zu heftigem Fieber, das Abends eine Höhe von 39·5—40·5° erreichte, dabei entsprach die Pulsfrequenz der Fiebertemperatur und die Zunge blieb rein. Zu Diarrhöen kam es niemals; ein Exanthem war nicht vorhanden, das Sensorium blieb stets frei. In den leichteren Fällen trat die Besserung nach 10 Tagen ein, bei den schwereren Erkrankungen hielt sie mehrere Wochen an. Die Besserung geschah allmälig, der Tod erfolgte durch Herzlähmung. Nachkrankheiten traten nicht ein. Besonders stark wurde das weibliche Geschlecht ergriffen, Kinder erkrankten verhältnissmässig wenige. Das Leiden war nicht ansteckend, die Zahl der gleichzeitig Erkrankten betrug niemals über sechs. *Kraft* ist geneigt, die von ihm als „Muscafieber“ bezeichnete Affection von der veränderten Lebensweise abzuleiten, wobei einerseits die ungewohnte Ruhe, andererseits die im Verhältniss zu der früheren



Kost der Auswanderer unverhältnissmässig reiche Schiffsbeköstigung mit fettem Salzfleisch, Bohnen, Sauerkraut u. s. w., wobei Ueberladungen des Magens zu den Alltäglichkeiten gehörten, schädlich wirkten. Dabei wirkte möglicherweise auch die mehrmalige Veränderung des Klima im Laufe weniger Monate und das Zusammengedrängtsein mehrerer hundert Personen in einem Raume mit. Bemerkenswerth ist, dass sehr unmässige und träge Personen am meisten erkrankten; doch wurden auch zwei stark beschäftigte Seeleute ergriffen, die mit den Auswanderern nicht viel Berührung hatten. Im Allgemeinen aber blieben Personen, welche sehr starke Bewegung machten, verschont, selbst wenn sie weit schwächlicher als die Ergriffenen waren. Dass es sich um keine miasmatische Affection handelt, geht namentlich aus dem Gesundbleiben der meisten Schiffsleute und Passagiere hervor. Eine Krankheit ohne Benommenheit des Sensorium, ohne Diarrhöe, ohne Bronchitis und ohne trockene Zunge kann unmöglich ein Abdominaltyphus sein, ebensowenig handelte es sich um Pyämie oder Miliartuberculose. Auf die hohen Fiebergrade äusserte Chinin wenig Einfluss, dagegen wirkten kalte Bäder günstig.

Th. Husemann.

479. ***Morbus Addisoni.*** *Von F. G. Gade in Christiania. (Norsk Magaz. for Laegevidensk. 1889, 1, pag. 21.)*

Die *Addison*'sche Krankheit ist in Norwegen nicht so selten, da die officiellen Todtenlisten und die bisher publicirten Veröffentlichungen, zu denen *Gade* einen neuen Fall hinzufügt, eine Gesammtzahl von circa 30 ergaben, seit 1858 *Münster* und *Voss* den ersten norwegischen Fall in der Medicinischen Gesellschaft zu Christiania besprachen. In dem neuen Falle, der im städtischen Krankenhause zu Christiania behandelt wurde, scheint die erste Bronzefärbung der Haut 9 Jahre vor dem Tode an den Hüften aufgetreten und sich dann rasch über den ganzen Körper verbreitet zu haben. Auch Zunge und Gaumen zeigten Pigmentirung, die in der letzten Lebenszeit geradehin zunahm und bei der Section auch im Eingange des Larynx constatirt wurde. Zu der Zeit des ersten Auftretens litt der Kranke an Eczem der Arme, was auch später mehrfach wieder kam. Der Tod erfolgte im Desquamationsstadium eines Erysipelas faciei bullosum. Von Interesse ist der Fall dadurch, dass die in demselben vorhandene Affection der stark atrophischen Nebennieren sich nicht sicher als tuberculöse nachweisen liess, indem Tuberkelbacillen in der kittähnlichen Masse nicht aufzufinden waren. Die mikroskopische Untersuchung verschiedener pigmentirter Stellen ergab in der Haut fast alles Pigment in den Epidermiszellen, während die Zellen im Corium nur sehr wenig Pigment enthielten. Am Velum palatinum fand sich starke Pigmentanhäufung unter dem Epithel, das seinerseits nur mässig mit braunen Körnern erfüllt war, doch zeigten die subepithelialen Zellen nur selten die charakteristische Strahlenform. Dagegen fanden sich in der Zunge, wo die Pigmentflecken nachweislich neueren Datums waren, strahlenförmige Zellen in bedeutender Anzahl nicht blos im subepithelialen Gewebe, sondern auch zwischen den Epithelzellen, die jedoch nicht mit Pigment gefüllt waren. Da die Hautpartien die am längsten betroffenen Partien sind, ist die Anfüllung der



Epithelzellen mit Pigment offenbar das letzte Stadium der Entwicklung. Gefässveränderungen waren in den Schnitten nicht nachweisbar, dieselben waren höchstens von leichter Rundzelleninfiltration umgeben. *Th. Husemann.*

480. ***Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren.*** *Von Dr. **Israel**. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 7.)*

Die chirurgische Behandlung einiger Nierenkrankheiten kann in der letzteren Zeit einige schöne Resultate aufweisen — es erschien also als angezeigt, neue Methoden, die die Diagnostik erleichtern möchten, aufzusuchen. — Bis jetzt übte man die Palpation der Nieren nach zwei Methoden — die erste in der Rückenlage der untersuchten Person bei angezogenen Knien, indem die eine Hand des Untersuchenden die Nieren von der Lendengegend aus zu heben, die andere durch die Bauchdecken zu fassen suchte — die zweite — bis jetzt sehr oft geübte, ist das sogenannte „Ballotement rénal“ nach *Guyon.* Die genaue Palpation der Niere nach dieser Methode war nur bei Anwesenheit begünstigender Verhältnisse möglich, zu solchen müssen — geringe Entwicklung des Fettpolsters — nicht zu starke Spannung der Bauchdecken — nicht zu kleiner Abstand der unteren Rippen vom Darmbeinkamm, eine starke Ausbildung der physiologischen Lordose der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel — endlich die gründliche Entleerung der Därme — gezählt werden. *Israel* lässt den Patienten bei Palpation der linken Niere die rechte Seitenlage bei eingezogenen Knien einnehmen, stellt sich selbst auf dessen rechte Seite (das Gesicht zum Patienten gewendet), legt die rechte Hand in die linke Lendengegend — die linke auf die Bauchdecken, und zwar auf die Weise, dass die Spitzen des Zeige- und Mittelfingers zwei Finger breit unterhalb der Vereinigung des 9. und 10. Rippenknorpels zu liegen kommen. Indem er die Lendengegend sanft andrückt, lässt er den Patienten tief einathmen, und in der Acme der Inspiration wird die linke Hand gegen die Wirbelsäule angedrückt. Auf die Weise bekommen die Finger während der Inspiration den unteren Rand der Niere, der ihnen in der Exspiration entschlüpft. Die allgemein verbreitete Anschauung von der Unbeweglichkeit der Nieren während der Respirationsbewegungen hält der Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen als nicht stichhältig. Trotz dieser Modification lassen sich manchmal Darmcysten oder Vergrösserungen der Gallenblase nicht leicht, ja sogar manchmal auch gar nicht von einer Hydronephrose unterscheiden. Dem Verfasser ist es mittelst dieser Methode gelungen, eine Vergrösserung einer bestehenden Geschwulst der linken Niere innerhalb 4 Wochen nachzuweisen, und da der Patient nebstbei an Bluthanren und Schmerzen in der Nierengegend klagte, wurde — bei Verdacht auf eine maligne Geschwulst — die Niere exstirpirt, wobei sich wirklich Carcinom der Nierensubstanz zeigte. *Karliński.*

481. ***Delirium tremens im Kindesalter.*** *Von Dr. **Eugen Cohn**. Aus dem städt. Krankenhause Friedrichshain. (Berl. klin. Wochenschr. 1888. 52. — Neurolog. Centralbl. 1889. 5.)*

Nach kurzer Erwähnung der bisher nur zwei Namen (*Demme* und *Hadden*) umfassenden Literatur beschreibt Verf. einen neuen



Fall. Ein 5jähriger gut genährter Knabe wird überfahren und wegen eines dabei aufgetretenen Oberschenkelbruches in's Krankenhaus geschafft. Schon am nächsten Tage begann das mit starkem Tremor verbundene typische Alkoholdelirium. Nach 0·5 Chloralhydrat erfolgte Schlaf, und nach 24 Stunden war mit dem Verschwinden des Delirium ein gutes Allgemeinbefinden wieder hergestellt. Die Fractur heilte gut, und die inzwischen acquirirten Masern verliefen normal. Der kleine Knabe, welcher in dem Schankgeschäft seiner Eltern aus- und einging, hatte von seinem Grossvater in der besten Absicht täglich ein Glas „Luft" (Getreidekümmel) und von seiner Mutter ein Gläschen Ungarwein erhalten, wozu sich noch mehr oder weniger Bier und auch öfter noch ein zweites Glas Luft gesellte. Auffallend ist der baldige Eintritt des Deliriums nach dem Trauma und der Alkoholentziehung, ebenso wie der schnelle Ablauf desselben, und der mit dem Delirium verbundene Tremor. Der Fall dient zur Warnung vor der sehr verbreiteten unmotivirten Gewöhnung der Kinder an Alkohol.

482. ***Das Wesen der Bleichsucht.*** *Von A. Schücking in Pyrmont. Pyrmont 1888. (Centralbl. f. Gynäkolog. 1889. 19.)*

Verf. warnt vor der Ansicht, dass der Gebrauch eines Ferrumpräparates genüge, um eine Chlorose zu heilen. Als wesentlichste allgemeine Grundsätze für eine erfolgreiche Therapie der Chlorose stellt er folgende auf: Vermeidung aller Beschäftigungen, welche ein regelmässiges, tiefes Athemholen vermindern; täglicher mehrstündiger Aufenthalt, eventuell Spaziergang im Freien, nahrhafte (aber keineswegs ausschliessliche Fleisch-) Kost; kleine Dosen Wein (vor grossen ist zu warnen); sorgfältige Hautpflege (flüchtige, kalte Abreibungen, mässige, warme Wasser-, noch besser Sool- und kohlensäurehaltige, resp. Stahlbäder); Wechsel des Aufenthaltes; wenn möglich Gebrauch einer Trink- und Badecur in einem Eisenbad. Seine Anschauungen über das Wesen der Chlorose fasst Verf. zum Schluss wie folgt zusammen: Da der Eisengehalt des Hämatins geradezu proportional zum Sättigungsgrad des Blutes mit Sauerstoff zu stehen scheint, so schliesst er, dass eine mangelnde Zufuhr von Sauerstoff auch eine mangelnde Eisenaufnahme von Seiten des Hämatins bedingt. Die Function der rothen Blutkörperchen besteht in der Aufnahme von Sauerstoff und der Abgabe desselben zu Oxydationsprocessen. Wird für die Hämocyten die Möglichkeit, diese Aufgabe zu erfüllen, dauernd eingeschränkt, so wird auch die Aufnahme des Eisens, dessen Anwesenheit zur Sauerstoffaufnahme nothwendig war, eingeschränkt werden, und ferner wird die Bildung von Hämatin, resp. Hämoglobin selbst als überflüssig zurückgehen; endlich in vorgeschrittenen, langdauernden Fällen durch die Neubildung der rothen Blutkörperchen zu stocken anfangen. Die angeführten Verhältnisse sind gegeben: 1. bei andauernd oberflächlicher Athmung oder bei anhaltendem Aufenthalt in stark verunreinigter Luft, 2. bei ungenügend entwickeltem Lungengewebe, 3. bei angeborener Kleinheit oder mangelnder Energie des Herzens und Hyperplasie des Gefässsystems, speciell der Pulmonalarterie. Aber nicht nur die ausreichende Aufnahme von Sauerstoff ist nothwendig, um die normale Beschaffenheit der



rothen Blutkörperchen zu erhalten, es darf auch nicht an entsprechender Gelegenheit zu Oxydationsvorgängen im Körper fehlen. Die Krankheit wird da am mildesten auftreten, wo sie sich in Folge oberflächlicher Athmung oder andauernder Zufuhr schlechter Luft bei mangelnder Bewegung entwickelt hat. Mit Beseitigung dieser Verhältnisse, ferner durch Aufnahme überschüssiger Eisenmengen (behufs Anreiz zur Hämoglobinbildung) tritt schnelle Heilung ein. Liegt eine ungenügende Entwicklung der Lungen in Folge hereditärer Einflüsse vor, so werden chlorotische Erscheinungen schon im Kindesalter auftreten, sie werden umso hochgradiger sein, je grösser das Missverhältniss zwischen der Entwicklung der Lungen und des übrigen Körpers ist. Die schwersten Formen der Krankheit werden in den Fällen beobachtet, in denen eine angeborene Hypoplasie des Herzens und der Gefässe *(Virchow)* oder eine mangelnde Energie der Herzaction vorliegt. Aehnliche Verhältnisse, wie sie zur Bleichsucht führen, kommen auch bei der Entwicklung der Phthise in Betracht.

483. ***Ein Fall von eitriger Leberentzündung.*** *Von Dr. August Hirschler. Sitzung d. Gesellsch. d. Aerzte in Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1889. 3.)*

Hirschler demonstrirt ein von einer 39jährigen Frau, die auf der I. medicinischen Klinik aufgenommen war, herstammendes pathologisch-anatomisches Präparat dieser bei uns so seltenen Erkrankung. Aus der Anamnese ist zu entnehmen, dass die Frau neunmal geboren hat. Sechs Wochen vor der Aufnahme hatte sie heftige kolikartige Schmerzen in der Lebergegend und Erbrechen; zwei Tage später trat Icterus auf. Die Koliken wiederholten sich noch zweimal. Bei der Aufnahme erscheint die icterische Kranke sehr abgemagert; die Zunge belegt; das rechte Hypochondrium vorgewölbt; die Leber ist als ein vergrössertes Gebilde unter dem rechten Rippenbogen palpirbar, sie ist überall empfindlich. Temperatur 39·5°. Schüttelfröste. Es wurde eitrige Leberentzündung diagnosticirt und diese auf Gallensteine zurückgeführt. Exitus letalis nach beiläufig sechswöchentlicher Beobachtung am 4. Januar. Bei der Obduction fand man die Leber auf das Doppelte vergrössert; die grösseren Gallenwege der Leber erweitert, mit grünlichgelber, schleimig-eitriger Substanz erfüllt; an zahlreichen Stellen, namentlich im rechten Lappen, linsen- bis haselnussgrosse, mit Eiter gefüllte Höhlen; die Gallenblase geschrumpft, ihre Wand mittelst Pseudomembranen mit der Umgebung verwachsen, ihre Schleimhaut gräulichweiss, narbig, in ihrer Höhle einige linsengrosse Gallensteine, der gemeinsame Gallengang kleinfingerdick, in seiner Wandung ein haselnussgrosser und mehrere linsengrosse Gallensteine. Es wurde somit auch durch die Obduction die klinische Diagnose und die ätiologische Abhängigkeit von den Gallensteinen bestätigt. Bacterien wurden bei der bezüglichen Untersuchung nicht gefunden, somit wurde die Frage, ob der Reiz der Concremente allein die Hepatitis hervorrufen könne oder ob hierzu die Anwesenheit von Mikroorganismen nöthig sei, durch diesen Fall nicht entschieden. Soviel ist gewiss, dass, wenn die Entzündung der Gallenwege lange anhält, die Gallenstauung und die Entzündung nicht auf die Gallenwege beschränkt bleibt, sondern es bilden sich intraacinöse



Entzündungsherde, die entweder abscediren oder durch Bindegewebsvermehrung zur Narbenbildung führen. —*r.*

484. ***Beitrag zur Casuistik der Impftuberculose beim Menschen.*** *Von* ***Paul Gerber****, Königsberg i. Pr. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 16. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 33.)*

Als einwandfreie Fälle von Impftuberculose kann man jene bezeichnen, bei denen hereditäre Belastung, sowie jede frühere tuberculöse Erkrankung ausgeschlossen und eine Infection beim Umgehen mit irgend welchem tuberculösen Material nachgewiesen werden kann. Diesen drei Anforderungen zugleich genügen indess nur sehr wenige Fälle. — Von grösstem Interesse sind jene Fälle, in welchen die Impftuberculose zur Erkrankung entfernterer Theile, wie z. B. der Lymphdrüsen, führte. Verf. stellt diejenigen Fälle zusammen, in denen es zu einer wirklichen Drüsentuberculose gekommen ist und in denen man mit mehr oder minder grosser Wahrscheinlichkeit eine directe Inoculation mit tuberculösem Virus von aussen annehmen kann. Im Anschluss daran theilt er einen neuen Fall mit, für den er um so mehr einstehen kann, als er ihn an sich selbst beobachtet hat. Bei einer im November 1887 ausgeführten Section zog Verf. sich beim Schnitt durch die, mit älteren und neueren tuberculösen Herden reichlich durchsetzte Lunge einer alten, an Phthisis pulmonum gestorbenen Frau eine kleine Wunde in der Gegend des ersten Interphalangealgelenkes des kleinen Fingers der linken Hand zu, die er nach bald darauf beendeter Section mit 5% Carbolwasser ausspülte. In der darauffolgenden Nacht fühlte er Schmerzen im Finger und an der Hand und fand am nächsten Morgen den Finger etwas geschwollen und geröthet und zog sich die Röthung an der Ulnarseite der Hand bis über das Handgelenk hinauf; die kleine Wunde selbst war geschlossen. Es wurde nun die Wunde wieder geöffnet und dilatirt und feuchtwarme Umschläge mit essigsaurer Thonerde applicirt. Temperatur über 38°. Appetitlosigkeit. Am nächsten Tage waren Schwellung und Röthung zurückgegangen und das Allgemeinbefinden ein ganz normales. Die Wunde aber heilte nicht zu, sondern es bildete sich im Laufe der nächsten Tage an ihrer Stelle ein etwa kirschkerngrosses Knötchen, das von sehr dünner graublauer Haut bedeckt und an einigen Punkten sehr schmerzhaft war und aus dem sich dann und wann ein wenig grauer Eiter ausdrücken liess. Verf. hoffte, dass Spontanheilung eintreten würde, da jedoch im März 1888 sich nichts daran geändert hatte, so wurde von Dr. *Wil* die Anschwellung incidirt, das schwammige Gewebe mit der Scheere abgetragen und ein Jodoformverband angelegt. Gerade zu dieser Zeit aber stellten sich leichte Schmerzen in der linken Achselhöhle ein, die an der Innenseite des Oberarmes nach dem Ellenbogen zu ausstrahlten; es zeigte sich auch bald in der Achselhöhle ein Paket von 5 bis 6 intumescirten Drüsen; auch waren die linken Infraclaviculardrüsen, wenn auch in geringerem Grade, angeschwollen. Nach einigen Tagen, in denen die Drüsen trotz angewandter Eisumschläge unverändert blieben, stellte sich hohes Fieber ein. Verf. verfiel in einen etwa 7 Wochen dauernden typhusähnlichen Zustand, der einen remittirenden Fiebertypus und eine auffällige Depression des Nervensystems zeigte, so dass



sein Zustand von seinen Collegen auch als eine typhoide Erkrankung aufgefasst wurde. Die Wunde am Finger war einstweilen verheilt, und während dieser ganzen Zeit hatten die Drüsen keinerlei schmerzhafte Erscheinungen gemacht; auch hatte die Schwellung weder zu- noch abgenommen. Bald nachdem das Fieber aber geschwunden war und Verf.'s Gesammtbefinden sich erheblich gebessert hatte, begannen die Schmerzen in den Axillardrüsen auf's Neue und waren nur durch immerwährende Application des Eisbeutels zu besänftigen. Dabei blieben die Drüsen anscheinend unverändert, wenigstens zeigten sie keine Neigung weder zu einer regressiven, noch progressiven Veränderung. Im Mai consultirte Verf. Prof. *Mikulicz*, der etwa folgenden Status constatirte: In der linken Achselhöhle fühlt man einen über gänseeigrossen Tumor, der gegen den Pectoralis verschieblich ist, ebenso gegen die Haut, welche selbst gänzlich unverändert ist. Auf Druck verursacht der Tumor lebhaften Schmerz. Ferner fühlt man unterhalb der Clavicula drei erbsengrosse, harte, bewegliche Knötchen. Prof. *Mikulicz* zweifelte nicht, dass es sich um Tuberculose der Lymphdrüsen handle und schlug die Exstirpation derselben vor. Am 5. Juni wurden die Tumoren von der Achselhöhle aus exstirpirt. Sie stellten sich als erbsen- bis über wallnussgrosse Drüsen dar; alle grösseren waren verkäst. Der Rand auf dem Durchschnitt grau-opak, die Mitte gelb; in der Uebergangszone zwischen dem normalen Rande und dem verkästen Centrum deutliche Riesenzelltuberkel. Die bacterioskopische Untersuchung ergab zwar nicht zahlreiche, aber deutliche Tuberkelbacillen. Da während der Operation wiederholt etwas von dem verkästen Drüseninhalt auf die Wundfläche gekommen war, so wurde keine primäre Vereinigung der Wunde vorgenommen und dieselbe vollständig mit Jodoformgazestreifen tamponirt. — Die Heilung erfolgte ohne nennenswerthe Zwischenfälle und konnte Verf. am 5. Juli mit völlig vernarbter Wunde eine Badereise antreten. — Die Narbe ist bis jetzt (Mitte December 1888) von einem Recidiv freigeblieben, ebensowenig sind anderweitig Drüsenerkrankungen oder Symptome einer Erkrankung innerer Organe eingetreten. — Verf. war durch die ganze Krankheit in seiner Ernährung sehr heruntergekommen und hatte vor der Operation ein auffallend anämisches Aussehen. Nach derselben aber erholte er sich sehr rasch und erfreut sich seit dieser Zeit wieder seines alten Wohlbefindens. Verf. stammt übrigens aus durchaus gesunder Familie, in der insbesondere Brustkrankheiten nicht beobachtet sind. Er selbst hat nie Zeichen irgend einer tuberculösen Erkrankung dargeboten, wie denn auch seine inneren Organe als vollkommen normal befunden wurden. Mit Recht bezeichnet Verf. diesen Fall als einen vollkommen reinen Fall von Impftuberculose. Er schliesst daran einen von *E. v. Düring* (Hamburg) veröffentlichten Fall von Impftuberculose an, welcher — ausser einem von *Pfeiffer* (Zeitschr. f. Hygiene. 1887, Bd. III) mitgetheilten Fall — der einzige ist, bei dem es bei einem erwachsenen, bis dahin gesunden Menschen nach einer Impftuberculose zu einer tuberculösen Allgemeinerkrankung, und zumal rapide, gekommen ist.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

485. ***Ueber den Perubalsam.*** *Von* ***C. Binz.*** *(Centralbl. f. klin. Med. 1889.)*

Angesichts der Empfehlung des Perubalsams gegen Tuberculose, welche Empfehlung bald einer correcten Kritik unterzogen werden wird, macht *C. Binz* aufmerksam, dass das Balsamum peruvianum zu den stark verfälschten Präparaten zählt. Es wird zumeist mit minderwerthigen Balsamen, wie Gurjunbalsam, Copaivabalsam, mit Terpentin, auch mit Harzen und dickflüssigen fetten Oelen, besonders Ricinusöl, gemischt. Wenn man auch aus zuverlässigen Quellen ein reines Präparat erhalten kann, wird es, wenn es erst gewisse Hände passirt hat, bestimmt gefälscht sein. Sollte sich der Perubalsam in der Behandlung der Tuberculose bewähren, dann würde *Binz* es für geboten erachten, sich durch Reindarstellung und Anwendung der Bestandtheile, welche seine Hauptmasse ausmachen und welche wir höchst wahrscheinlich als die therapeutisch wirksamen anzusprechen haben, von den Verfälschern unabhängig zu machen. Gegen 60% der Droge besteht aus dem Cinnameïn, d. i. Zimmtsäure-Benzyläther mit Benzoesäure-Benzyläther. Ferner enthält er gegen 10% freier Zimmtsäure und ein wenig freier Benzoesäure. Der Rest besteht aus Harz und geringen Antheilen nicht näher bestimmter aromatischer Verbindungen. Aetherische Oele sind nicht darin. Es ist zu vermuthen, dass eine dem Perubalsam nachgebildete Mischung jener Aether mit freier Zimmtsäure und etwas freier Benzoesäure in ihrer arzneilichen Wirkung ihm nahe- oder gleichkommen würde. Denken wir zuerst an eine antibacterielle Wirkung, so ist bereits die örtlich antibacterielle Kraft der Benzoesäure, sogar in der Form des neutralen Natriumsalzes, durch zahlreiche Versuche dargethan. Auch von der Zimmtsäure darf man ihrem Herkommen und ganzem Charakter gemäss antibacterielle Wirkungen mit einiger Sicherheit erwarten, ebenso die belebenden, das Uebergewicht der normalen Zellen kräftig fördernden Wirkungen an den durch das bacterielle Gift erschlafften Geweben, worauf *Landerer* ein besonderes Gewicht legt. Dieser Theil der Frage nach dem Werthe der Componenten des Perubalsams würde am besten sogleich am kranken Menschen geprüft. Von einer Möglichkeit des Schädigens dürfte kaum die Rede sein, wenn man die vier Bestandtheile nach ihrem Procentsatz im Balsam mit einem Lösungsmittel, etwa Paraffinum liquidum, Aether oder was sonst sich eignet, auf 100 verdünnt und, wie bei allen solchen Versuchen, vorsichtig und schrittweise vorgehend benutzt. Bei der Anwendung des Perubalsams oder seiner Hauptbestandtheile wird man auf die Nieren zu achten haben, denn *Litten* beobachtete bei einem 24jährigen Manne, dem wegen Krätze die Haut damit eingerieben wurde, heftige Nephritis. Zeigt sich also bei einem Pat. nur eine Spur Eiweiss im Harn, so wird man die Behandlung mit Balsam aussetzen. *Binz* selbst hatte übrigens Gelegenheit, den Harn eines jugendlichen Pat., der ausgedehnt mit einer Mischung von 4 Th. Perubalsam und 1 Th. Aether



verbunden wurde, wiederholt zu untersuchen, fand aber weder eine Trübung durch Eiweiss noch durch Harzsäuren. Ein unverfälschter Perubalsam ist sicherlich der mit unbequemen Nebenwirkungen am wenigsten behaftete der officinellen Balsame.

Loebisch.

486. ***Zur Casuistik der Sulfonalwirkung.*** *Von Prof.* **Kisch.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1889. 7.)*

Verfasser berichtet über den Erfolg bei Anwendung des Sulfonals als Hypnoticum bei 24 Kranken. In 12 Fällen von Schlaflosigkeit bei Neurasthenikern oder sonstigen Personen, die in Folge des Genusses von kohlensauren Mineralwässern oder Moorbädern litten, brachte eine Dosis von 0·5—1·0 Gr. nach $^1/_2$—$2^1/_2$ Stunden den gewünschten Erfolg. In 5 Fällen von rheumatischen Neuralgien hatten erst grössere (1—2 Gr.) Dosen den Erfolg, weniger gut wirkte Sulfonal in Fällen von Asthma cardiacum, Trigeminusneuralgie und Epilepsie. — Als unangenehme Zufälle berichtet der Verfasser von einem Falle vorübergehender Aphasie bei einem Patienten, der kurz vorher einen apoplectischen Insult erlitten hat, weiter über Gefühl von Abgeschlagensein, Vergehen der Sinne und Mattigkeit bei zwei anderen Patienten, wo erst grössere Gaben ihre Wirkung erfüllten.

Karliński.

487. ***Eine neue Behandlungsmethode der epidemischen Diphtheritis.*** *Von* **Hennig.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1889. 7 u. 8.)*

Unter 1054 Fällen von epidemischer und Scharlach-Diphtherie, welche *Hennig* seit 10 Jahren in Königsberg behandelt hat, betrug angeblich die Gasammtmortalität 2·7%, bei epidemischer Diphtherie allein sogar nur 0·9%. Und dieses Resultat hat er durch Kalkwasser und Eisblase erreicht!! Er lässt in $^1/_4$—$^1/_2$stündigen Intervallen mit reinem Kalkwasser gurgeln und nach jeder Gurgelung einen Schluck von 10—20 Gr. desselben nehmen. Das Eis wendet er in Form einer Eisblase um den Hals an und benützt hierzu den Oesophagus des Rindes, welcher die Kälte leicht, die Nässe schwer durchlässt. Nebstbei gibt er auch Kali chloricum, Antipyrin und Antifebrin. Zur Ernährung der Kranken verwendet er fast ausschliesslich Milch bis zu 2 Liter und mehr in 24 Stunden, nebstbei Eier, Bouillon und leicht verdauliches gebratenes Fleisch. Greift der Process auf den Larynx über, so lässt er mittelst des *Richardson*'schen Zerstäubers, an dem ein für den Kehlkopf geeignetes Ansatzrohr angebracht ist, Kalkwasser inhaliren. Bei stenotischen Erscheinungen empfiehlt er die Intubation nach *O'Dwyes* und dabei Fortsetzung des obigen Verfahrens. Bei der chronischen (protrahirten) Form der Diphtheritis, von welcher er 7 Fälle mit einer Dauer von 27—54 Tagen beobachtet hat, hat er auch nach vielfachen anderweitigen Versuchen zu Kalkwasser und Eisblase seine Zuflucht genommen, und zwar mit gutem Erfolg. Bei diphtheritischen Lähmungen greift er sehr früh zu Strychnin-Injectionen und zur elektrischen Cur, und zwar bevorzugt er schwache faradische Ströme in kurzen Sitzungen und womöglich im Wasserbade mehrmals täglich. Bei consequenter Anwendung des Kalkwassers nimmt der Belag nach



6—24 Stunden merkbar ab und dann kann man die Gurgelungen in $^1/_2$stündigen und auch längeren Pausen vornehmen lassen. Bis dahin darf aber auch auf den Schlaf des Kranken keine Rücksicht genommen werden. *Hennig* hält bei genauer Einhaltung seiner Behandlungsmethode die epidemische Diphtherie nach dem 6. Lebensjahre für absolut ungefährlich, da er unter seinen Kranken dieses Alters keinen einzigen Todesfall hatte, obgleich 60% seiner 1054 Fälle das 6. Lebensjahr überschritten hatten. *Hönigsberg.*

488. ***Zweiundvierzig schwere und schwerste Lungenentzündungen ausschliesslich mit Chloroforminhalationen behandelt.*** *Von Dr.* ***Theodor Clemens*** *in Frankfurt a. M. (Allg. med. Central-Zeitg. 1889. 21—23. — Therap. Monatsh. 1889. April.)*

Angeregt durch die Arbeit von *Stepp* in Nürnberg: „Ueber innerliche Anwendung des Chloroforms, namentlich bei Pneumonien" fühlte sich der Verf. veranlasst, auf die Resultate der Chloroformbehandlung bei Lungenentzündung hinzuweisen, welche derselbe als Arzt im Hospital zum heiligen Geist bereits vor 40 Jahren veröffentlicht hat. Verf. hat in einer zweiundvierzigjährigen Privatpraxis alle vorgekommenen Lungenentzündungen ganz auf dieselbe Weise behandelt und in dieser langen Zeit keinen einzigen Todesfall an Lungenentzündung zu verzeichnen gehabt, was er übrigens dem Umstande zuschreibt, dass er, immer rechtzeitig gerufen, die Entwicklung der Krankheit durch sofortige energisch fortgesetzte Chloroform-Inhalationen aufhalten konnte. In allen Fällen war bei dieser Behandlungsmethode dem Chloroform stets Spiritus rectificat. zugesetzt worden, weil durch diesen Zusatz erstens eine schädliche Einwirkung und Zersetzung des Chloroforms verhütet und zweitens bei länger anhaltenden Inhalationen die Narcotisirung umgangen wird. Selbst in sehr schlimmen Fällen von Pneumonia duplex, wo bereits die Chloride im Harn zu schwinden begannen, konnte durch beharrliche, selbst Nachts durchgeführte Inhalationen von Chloroformspiritus noch ein durchaus günstiges Resultat erlangt werden. Da bekanntlich sowohl Chloroform wie auch der Alkohol von dem Blute aufgenommen wird, so kann bei ausgiebigen und fortgesetzten Inhalationen eine vollkommene Umstimmung des Lungenblutes veranlasst und durch Defibrinirung dem localen Entzündungsprocess der Boden genommen werden. Deshalb bei dieser Behandlungsmethode die Seltenheit des gefürchteten Ausganges in Hepatisation, deshalb der so sehr abgekürzte Krankheitsverlauf und die oft unglaublich schnelle Rückbildung des ganzen Krankheitsprocesses in den Lungen. Die Indication der Zahl und Dauer der Inhalationen richtet sich nach Ausbreitung und Intensität der Lungenentzündung. Je schwerer der Fall, desto längere und häufigere Inhalationen und folgerichtig desto mehr Zusatz von rectificirtem Spiritus zu dem Chloroform. Die mit Chloroform und Spiritus getränkte, fest gedrehte Baumwolle wurde stets in ein Stück lockere und trockene Baumwolle eingehüllt und so vor Mund und Nase des Patienten gehalten, dass man mit der senkrechten flachen Hand zwischen Watte und Gesicht hindurchfahren konnte, damit Patient neben dem Chloroformspiritus-Dampf immer noch einen Theil Luft mit einathmen konnte, auf welche Weise selbst bei langen Inhalationen die Narcotisirung immer umgangen wurde.



489. ***Zur Balneotherapie der Neurosen.*** *Von Prof.* ***E. Heinr. Kisch****, Prag-Marienbad. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 13. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 33.)*

Es ist eine wohlconstatirte Thatsache, dass die habituelle Obstipation das ätiologische Moment für eine Reihe von Neurosen bildet. Prof. *Gussenbauer* (Prag) hat im Jahre 1886 in einem in der Versammlung deutscher Aerzte in Böhmen gehaltenen Vortrage über eine Reihe langjährig dauernder, mit verschiedenen Mitteln erfolglos behandelter Trigeminusneuralgien berichtet, welche er durch eine, die lange bestehende Unregelmässigkeit der Darmfunction und die darniederliegende Verdauung beseitigende Behandlungsmethode heilt. Solche günstige Erfahrungen hat auch Verf. seit einer Reihe von Jahren nicht blos bezüglich der Trigeminusneuralgien, sondern auch in Bezug auf andere Neurosen an den Quellen Marienbads zu sammeln Gelegenheit gehabt. Er bezeichnet die Gruppe von neuralgischen Affectionen, wo ein solcher ätiologischer Zusammenhang von Neurose und habitueller Obstipation besteht, als Coprostase-Reflexneurosen.

Unter diesen Reflexneurosen nimmt nach Verf.'s Beobachtungen der Häufigkeit nach eine Herzneurose, das nervöse Herzklopfen, den ersten Rang ein. Diese Anfälle, welche ihren ursächlichen Connex mit der Coprostase dadurch bekunden, dass sie bei langer Dauer der Stuhlverstopfung auftreten und mit der Behebung der letzteren auf einige Zeit cessiren, glaubt Verf. dadurch erklären zu dürfen, dass in Folge der Coprostase abnorme nervöse Impulse vom Darme centripetal geleitet werden, welche eine Reizung des medullären Centrums der beschleunigenden sympathischen Herznerven bewirken. Als nächst häufige der von ihm beobachteten Coprostase-Reflexneurosen ist nach Verf. die Hemicranie zu nennen. Verf. nimmt an, dass durch die von der chronischen venösen Hyperämie bedingte Veränderung der Nerventhätigkeit im Darme krankhafte Erregungen dem Cerebrospinalsystem mitgetheilt werden, welche reflectorisch die hemicranische Neuralgie auslösen. Eine andere Neuralgie, welche nicht selten, als durch Coprostase veranlasst, zur Beobachtung gelangt, ist die Ischias, bei welcher ein solcher Connex schon seit lange angenommen wird, wiewohl Verf. den gewöhnlichen Erklärungsgrund, „Druck der angehäuften Fäcalmassen auf den Nerven“, für weniger gerechtfertigt hält, wie die Annahme einer Reflexneurose, welche auf Störung der Verdauung und Beeinträchtigung der Stuhlentleerung bei den betreffenden Wohllebern und Sitzmenschen zurückzuführen ist. Als derartige reflectorische Neurosen sind dem Verf. meistens Fälle von Intercostalneuralgie, Lumbo-Abdominalneuralgie, Ovarialneuralgie bei Frauen und Trigeminusneuralgien vorgekommen, bei denen als ursächliches Moment für die schmerzhaften und quälenden Empfindungen die habituelle Obstipation angesprochen werden konnte. In allen den bisher bezeichneten Formen von Neuralgien hat nun Verf. sehr häufig „die überraschendsten glücklichen Resultate“ gesehen, durch die methodische Anwendung des Marienbader Kreuz- und Ferdinandsbrunnens während mehrerer Wochen in der Weise, dass hierdurch die Obstipation behoben wurde und die Defäcation dann spontan regelmässig und in genügender Qualität erfolgte.



Diese methodische Anregung der Darmthätigkeit und die anhaltende Befolgung der geeigneten diätetischen Vorschriften hatten den Effect, dass die bezeichneten Reflexneurosen, welche oft jahrelang gedauert hatten, den verschiedensten medicamentösen Behandlungen, ja auch chirurgischen Eingriffen hartnäckigen Widerstand leisteten, binnen einiger Wochen aufhörten. Die 4- bis 6wöchentliche Trinkcur mit dem qu. Glaubersalzwasser lässt Verf. oft auch durch Säuerlingsbäder mit kalten Regendouchen, ferner durch Dampfbäder, Moorbäder, Moorcataplasmen auf den Unterleib unterstützen. Dabei muss der ganze Digestionstract einer genauen Controle unterzogen werden und darnach die Ernährung in sorgfältiger und zweckentsprechender Weise geregelt werden. Die Diätetik ist dabei einer der mächtigsten Hebel der ärztlichen Technik. Verf. versichert, dass Fälle nicht selten sind, wo Personen an angeblichen stenocardischen Anfällen als schwer krank behandelt wurden oder wegen hemicranischer Anfälle lebensüberdrüssig waren, oder durch Jahre an den heftigsten intermittirenden Schmerzanfällen in den Aesten des Trigeminus litten und so berufsunfähig wurden, und in welchen die betreffenden Patienten nach wenigen Wochen der Cur wieder gesund und wohl in den Kreis der Gesellschaft zur Stätte ihrer Wirksamkeit zurückkehrten.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

490. ***Ein Beitrag zur Darmchirurgie. Vorfall einer grossen Dünndarmschlinge. Circuläre Resection eines 69 Centimeter langen Dünndarmstückes. Heilung.*** *Von Dr. **Ferd. Obtułowicz**, k. k. Bezirksarzt und Operateur in Buczacz, Galizien. (Przeglad lekarski. 1888. 8. 9. 11.)*

Am 23. Juli 1887 hat Dr. *Obtułowicz* zufälliger Weise in einer armen Bauernhütte, an der Grenze seines Bezirkes, ein 30jähriges, sehr elend genährtes Weib angetroffen, welchem beim Aufheben einer Hanfbürde aus einem grossen, seit 7 Jahren bestehenden Nabelbruche, eine enorme Dünndarmschlinge vor 5 Tagen (18. Juli) herausgefallen ist und nicht reponirt werden konnte. Dr. *Obtułowicz* bemerkte an den Bauchdecken, unterhalb des Nabels, eine über $^1/_2$ Meter lange, stark ausgedehnte und entzündete Dünndarmschlinge, welche mit fibrinös-eitrigem Exsudate bedeckt war und oberhalb von derselben einen stark zusammengezogenen, faustgrossen Bruchsack. Der Stuhlgang kam am 5. Tage nach dem Vorfalle der Gedärme von selbst; die Kranke fieberte in geringem Grade (38·4, Puls 128). Da die sehr arme Kranke in ein grösseres Spital (nach Lemberg) nicht überführt werden konnte, entschloss sich Dr. *Obtułowicz* in einem kleinen, sehr elend eingerichteten Bezirksspitale in Buczacz eine circuläre Darmresection behufs Heilung der Kranken zu vollführen und sobald dieselbe von dem 3 Meilen entfernten Dorfe nach Buczacz gebracht wurde, war sie auch sofort operirt (29. Juli 1887). Da die seit 10 Tagen herausgefallene Dünndarmschlinge wegen ihrer enormen Grösse und wegen des grossen Entzündungsgrades schon nicht mehr reponirt werden konnte und es auch an Hautmaterial fehlte, um



dieselbe zu bedecken, so blieb in diesem höchst vernachlässigten Falle kein anderer Ausweg, als eine neue Indication zur Enterectomie aufzustellen und eine circuläre Darmresection zu versuchen. Nachdem der Bruch sacht durchgeschnitten und die Gedärme sammt dem enorm erweiterten Bruchringe entblösst wurden, bemerkte Dr. *Obtułowicz*, dass an dem zuführenden Darmende ein frischer Entzündungsstreifen sichtbar sei, welcher weit oben sich verlor. An dem anderen Darmzweige war in Entfernung von 12 Cm. von der gefransten und verschwärten Bruchsacköffnung die Serosa ganz normal. Da noch das zuführende Darmrohr durch alte Adhäsionen an andere Darmschlingen angelöthet erschien, so musste sich der Operateur mit diesem wenig günstigen Resultate begnügen und im Voraus darauf vorbereitet sein, dass vielleicht die durchgeschnittenen Darmenden nicht so leicht und präcis zusammengenäht werden, wie es eben wünschenswerth wäre. Dr. *Obtułowicz* resecirte eine 69 Cm. lange Darmschlinge und nähte die Darmenden mittelst einer *Czerny-Wölfler*-Naht und noch mit einer zweiten Nahtserie nach *Lembert* zusammen; an dem $^5/_4$ Cm. breiten Entzündungsstreifen jedoch durchschnitten alle mit feiner Seide angebrachten Nähte, so dass diese Darmstelle nur mit Noth mittelst einer gröberen Seide (Nr. 2, carbolisirt) zusammengeheftet werden konnte.

Dieser grossen Darmschlinge entsprechend war auch ein keilartiges, grosses Gekrösestück mittelst Pacquelin abgebrannt und das Mesenterium an beiden Oberflächen mittelst einer Kürschnernaht zusammengenäht. Die Operation dauerte $2^1/_2$ Stunden. Strenge Antiseptik und strenge Diät. In den ersten 3 Tagen war der Zustand befriedigend, am 4. Tage jedoch floss aus der fast im ganzen per primam geheilten Hautwunde ein gelber, nicht stinkender Brei heraus und zeigte an, dass die obige Stelle am Entzündungsstreifen nicht zusammenwuchs und eine Darmfistel sich gebildet hatte. Da die Kranke später in geringem Grade fieberte und die Untersuchung mittelst einer Sonde eine Ausbuchtung unterhalb der Darmfistel nachgewiesen hat, so wurde sie am 5. August nochmals chloroformirt und gründlich untersucht, wobei die mit Eiter und gelbem Speisebrei ausgefüllte Ausbuchtung gehörig mit dem Messer gespalten wurde. Nachher war die Operirte gänzlich fieberfrei, jedoch musste man die Wunde täglich reinigen, da die Darmfistel offen blieb. Am 30. August 1887 verliess die Kranke leichtsinnig das Spital. Ihr allgemeiner Zustand war nicht sehr zufriedenstellend, jedoch verhältnissmässig auch gar nicht sehr schlecht und erlaubte der Kranken, grobe Arbeiten zu verrichten und bei ihrer Armuth mittelst grober Speisen ihre Kräfte zu erhalten. Am 6. März 1888 beredete Dr. *Obtułowicz* die Kranke, in's Spital zurückzukehren, wo sie durch eine Nachoperation geheilt werden sollte. Es wurde ein der Fistel anliegendes Hautstück über die Fistelöffnung transplantirt und die Wunde mit einer dreischichtigen Naht fest verschlossen. In Folge eines groben Diätfehlers, da die Kranke sich nicht mit karger Diät begnügen wollte und nur nach Aepfeln, Erdäpfeln mit Sauerkraut haschte, ist die sehr sorgfaltig zusammengenähte und breit angefrischte Wunde an einer kleinen Stelle wieder gesprungen, weshalb die Kranke mit einer

erbsengrossen Fistel das Spital verliess, die sie jedoch mittelst eines Wattabäuschchens so gut zu verkleben wusste, dass sie ganz trocken herumging und gänzlich ungehindert während der ganzen Erntezeit 1888 schwere Arbeiten mitzumachen im Stande war. Ende December 1888 sah Dr. *Obtułowicz* die Operirte wiederum und war erstaunt über ihr vortreffliches Aussehen. Die geringe Fistel ist spontan vollständig vernarbt und der Nabelbruch gänzlich beseitigt.

Der angeführte Fall von einer circulären Darmresection ist in zweifacher Hinsicht höchst interessant: 1. Wegen der sehr seltenen und merkwürdigen Indication zur Darmresection; 2. wegen der Länge des resecirten Darmstückes. Die Darmchirurgie weist nach, dass *Köberle* bei einem 22jährigen Mädel wegen einer Darmverschlingung ein 2·05 M. langes Darmstück resecirt hatte. In diesem Falle war auch ein Anus praeternaturalis — jedoch absichtlich — angelegt, welcher nach längerer Zeit vollkommen heilte. *Baum* in Danzig resecirte bei einer 40jährigen Frau ein 134 Cm. langes Darmstück; dieser Fall endigte jedoch nach 4 Monaten letal. *Mikulicz* resecirte wegen einer Intussusceptio und Prolapsus intestini crassi bei einem 52jährigen Weibe ein 76 Cm. langes prolabirtes Darmstück, ohne jedoch eine Laparotomie vornehmen zu brauchen.

Andere von Dr. *Obtułowicz* angeführte und aus der Literatur herausgesuchte Fälle enthalten bei weitem kleinere resecirte Darmstücke. Was die Länge des resecirten Darmstückes also anbelangt, ist dieser von Dr. *Obtułowicz* beschriebene Fall unter die merkwürdigsten Fälle einzureihen. Der Verf. stellt zu Ende seines Vortrages noch die Bemerkungen über das Mortalitätsverhältniss bei Darmresectionen zusammen und weist unter 143 Fällen von Darmresectionen bei 76, das heisst 53%, einen günstigen Erfolg nach, demnach ein zu weiteren Operationen höchst anregendes Heilresultat. *O. R.*

491. ***Ueber den primären Krebs der Extremitäten.*** *Von Dr.* ***Rudolf Volkmann*** *in Halle a. S. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 334/5.)*

Die Carcinome der Extremitäten lassen sich ohne Zwang in drei grosse Gruppen eintheilen, neben denen höchstens noch einige wenig wichtige Ausnahmsfälle übrig bleiben, die sich in denselben nicht unterbringen lassen. Die Carcinome der ersten und grössten Gruppe entwickeln sich in Folge langjähriger Reizungen, Entzündungen, reactiver Gewebswucherungen und Eiterungen aus alten, vielfach wieder aufgebrochenen oder wundgeriebenen Narben und Schwielen, Geschwüren und Fisteln. Sie zeigen, was auch für gewisse Krebse des Gesichts und des Penis gilt, einen relativ chronischen und milden Verlauf, indem die Infection der bezüglichen Lymphdrüsen ausbleibt oder erst sehr spät erfolgt, so dass durch eine nicht zu spät ausgeführte Amputation, oft schon durch einfache Exstirpation des Geschwürs, dauernde Heilung erreicht wird. Die Carcinome dieser Gruppe sind von Carcinomen und malignen Tumoren die gutartigsten. Als specielle Ursache lassen sich ermitteln grosse traumatische Hautdefecte, chronische Unterschenkelgeschwüre, alte Verbrennungen, Erfrierungen, schwere Quetschungen oder complicirte

Fracturen mit Hautgangrän; ferner syphilitische Geschwüre und Narben; starke Hautschwielen und subunguale Eiterungen, lupöse Erkrankungen, lang offen gehaltene Fontanellen, sehr selten chronisches Eczem, viel häufiger dagegen alte fistulös gebliebene Knochenaffectionen. Die zweite Gruppe begreift *a)* aus angeborenen oder aus frühester Jugend entstandenen Mälern hervorgegangene Krebse, *b)* Krebse, welche aus im späteren Leben entstandenen Warzen hervorgehen. Hier handelt es sich selten um die weichen Fleischwarzen, sondern um harte verhornende Warzen. Die dritte Gruppe endlich umfasst die auf vorher scheinbar normaler Haut spontan entstehenden Extremitätenkrebse. Die Prognose anlangend, geben die Extremitätenkrebse im Allgemeinen 56% definitive Heilungen nach der Operation; doch sind hierbei die äusserst seltenen, aus congenitalen Warzen entstandenen Carcinome nicht mit eingerechnet; diese verlaufen, wie es scheint, ausnahmslos tödtlich. 223 einschlägige Fälle sind in Form kurz markirter Krankengeschichten tabellarisch, aber ungemein übersichtlich angeordnet, der ausgezeichneten Arbeit beigegeben, viele auch im Text etwas ausführlicher besprochen. Diese Casuistik ist eine sehr werthvolle Beigabe zu der gewiss mit Recht Aufsehen machenden Arbeit des jungen Chirurgen, Neffen und Assistenten des grossen Hallenser Chirurgen. Ref. empfiehlt die Brochure wärmstens jedem denkenden Arzte, da sie eine Fülle von Anregung enthält. *v. Buschman.*

492. ***Zur Catgutfrage.*** *Von* ***Egbert Braaz.*** *(St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 10.)*

Verf. stellte, um den Fettgehalt des Catguts näher kennen zu lernen, eine Reihe verschiedener Versuche an, aus welchen hervorgeht, dass in der That Catgut Fett enthält. Ist aber das Catgut fettreich, so wird die gute Adhäsion der wässerigen antiseptischen Lösungen gehindert. Oelige und alkoholische Lösungen der Antiseptica sind ja bekanntlich unwirksam. Verf. schlägt folgendes Verfahren vor. Das auf einen Glascylinder fest gewickelte Catgut wird auf 12 Stunden in Aether oder Chloroform gebracht, man schüttelt es dann mit derselben Flüssigkeit durch und bringt es nach weiteren 12 Stunden in 95% Alkohol. Aus diesem bringt man es, während es noch nass ist, rasch in 1‰ Sublimatwasser, in dem es 12—24 Stunden verbleibt. Weitere Aufbewahrung trocken in der eben erwähnten Weise. Verf.'s Parole lautet: Catgut, aber nur entfettet. *v. Swiecicki.*

493. ***Ueber die Verbiegung des Schenkelhalses im Wachsthumsalter.*** *Von Dr.* ***Ernst Müller.*** *Aus der Tübinger chirurg. Klinik. (Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. IV. Heft 1. — Centralbl. f. Chir. 1889. 15.)*

Verf. schildert ein neues Krankheitsbild, er hat davon 4 Fälle beobachtet bei jungen Individuen von 14—18 Jahren. Ohne besondere Veranlassung bildet sich Schmerzhaftigkeit einer Hüfte und hinkender Gang aus. Die Beugung in der Hüfte ist wenig, mehr die Rotation und Abduction beschränkt. Es bestehen aber durchaus keine schweren Gelenkveränderungen, keine Luxation, obschon eine scheinbare Verkürzung des kranken Beines nachzuweisen ist, die durch das Hinaufrücken des Trochanter



um 2—3 Cm. bedingt ist. Eine Resection, die in einem Falle vorgenommen wurde, zeigte dann, dass die „Diaphyse an der Epiphyse in die Höhe gerückt war, resp. der Winkel zwischen Schaft und Hals ein kleinerer geworden ist". Die überknorpelte Gelenkfläche war vollkommen gesund. Bei Durchsägung des resecirten Stückes zeigten sich, wie aus der beigegebenen Tafel zu ersehen ist, sehr interessante Abweichungen der inneren Knochenstructur, bedingt durch die veränderten Belastungsverhältnisse (s. Original). Als ätiologisches Moment glaubt *Müller* per exclusionem Rhachitis als das Wahrscheinlichste hinstellen zu dürfen.

494. ***Eine Klumpfussschiene.*** *Von* ***Th. Kölliker,*** *Leipzig. (Centralbl. f. Chir. 1889. 15.)*

Zur Nachbehandlung des Klumpfusses kleiner Kinder nach vorausgeschickten operativen Eingriffen — Operation nach *Phelps*, Tenotomien — oder nach unblutiger Correction bedient sich *Kölliker* einer Schiene, die sich schon ihrer Einfachheit halber empfiehlt. Sie wird auf folgende Weise hergestellt: Fuss und Unterschenkel des kleinen Patienten werden von einem Gehilfen in leicht übercorrigirter Stellung festgestellt, und nun leitet man zunächst einen in heissem Wasser erweichten Streifen aus Guttapercha vom lateralen Rande des Fusses ausgehend über den Fussrücken, unter der Sohle durch und an der lateralen Seite des Unterschenkels aufsteigend bis oberhalb des Kniegelenkes herauf. Durch eine Mullbinde wird dieser Guttaperchastreifen so lange fixirt, bis er erhärtet ist. Der Streifen dient nun als Modell für die eigentliche Schiene. Dem Guttaperchastreifen entsprechend wird nämlich eine leichte Stahlschiene geschmiedet, welche an ihrer dem Unterschenkel und Fuss zugekehrten Seite mit dickem Filze belegt wird. Der Filz ist durch Niete an die Stahlschiene befestigt. Das Anlegen dieser Schiene geschieht in der Weise, dass zuerst der Fuss in das etwas federnde Fussstück eingeschoben und hierauf das nun noch abstehende Unterschenkelstück der Schiene dem Unterschenkel und Knie angelegt wird, wodurch man den Fuss in Supination und Abduction bringt. Vortheile der Schiene sind, dass dieselbe leicht, auch von Laien anzulegen ist, so dass die nöthigen Manipulationen, wie Massage, passive Bewegungen, jeder Zeit vorgenommen werden können; weiterhin braucht auch die Hautpflege nicht vernachlässigt zu werden.

495. ***Mittheilung über einen Fall von Haematoma vulvae im Verlaufe der Schwangerschaft.*** *Von Prof.* ***Ehrendorfer*** *in Innsbruck. (Arch. f. Gynäk. Bd. XXXIV, H. 1, pag. 161.)*

Bei einer 20jährigen Frau traten während eines stürmischen Coïtus plötzlich Schmerzen in der rechten Schamlippe ein, worauf sich eine Geschwulst bildete, welche über Mannsfaustgrösse erreichte. Bei der Aufnahme im Krankenhause fand sich ein blauschwarzer Tumor, der, in der Gegend der rechten Schamlippe gelegen, vom oberen Rande der Symphyse bis zum Anus reichte, 13 Cm. lang und 10 Cm. breit war. Gleichzeitig erstreckte sich der Tumor über den Scheideneingang hinaus gegen die Vagina. An zwei Stellen fluctuirte er. Da die Kranke starke Schmerzen hatte, wurde die den Tumor überziehende, verdünnte Haut ge-

spalten und ein hühnereigrosser Blutklumpen entfernt. Nach Auswaschen der Hämatomhöhle blutete es in der Tiefe lebhaft. Die Wundhöhle wurde mit Jodoform eingestaubt und mit Jodoformgaze ausgefüllt. Nach 10 Tagen war die Wunde nahezu geheilt. Die Schwangerschaft blieb ununterbrochen. Hämatome bei Schwangeren zählen zu den grossen Raritäten. Auffallend ist es, dass die Gravidität nicht unterbrochen wurde.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

496. ***Beiträge zur Hörprüfung.*** *Von Dr.* ***L. Jacobson,*** *Privatdocent an der Universität Berlin. Vortrag bei der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln.*

Nach *Jacobson* ist in der Methodik der otiatrischen Functionsprüfung sowohl wie der Verwerthung ihrer Ergebnisse für die differentielle Diagnostik eine Einigung über die hier in Betracht kommenden Fragen noch nicht erzielt. Ueber die diagnostische Bedeutung des *Weber*'schen und des *Rinne*'schen Versuches, der Prüfung der Perceptionsdauer eines Stimmgabeltones vom Scheitel aus, der Untersuchung der Hörschärfe für hohe und tiefe Töne per Luftleitung, ja selbst in Bezug auf die ganz allgemeine Frage, ob die gesammten Methoden der otiatrischen Functionsprüfung, insbesondere die Untersuchung mit Stimmgabeln, die Diagnostik der Ohrenkrankheiten gefördert haben oder nicht, bestehen noch immer die grössten Meinungsverschiedenheiten. Eine Erklärung für diese auffallende Thatsache ist nach *Jacobson* in erster Linie darin zu finden, dass uns die pathologisch-anatomische Untersuchung bei Deutung der an Ohrenkranken zu beobachtenden Functionsanomalien im Stiche lässt. Der physikalische Vorgang beim Hören basirt in der Hauptsache auf den Gesetzen des Mitschwingens. Die Stärke des letzteren ist von Masse, Elasticität, Spannung und Dämpfung der mitschwingenden Theile des Ohres, zu welchen auch die nicht nervösen Gebilde des Labyrinths zu zählen sind, abhängig. Ob nun all diese Theile sich in Bezug auf die genannten physikalischen Constanten (Masse, Elasticität etc.) normal verhalten oder inwieweit sie von der Norm abweichen, dürfte nach *Jacobson* auch der geübteste Mikroskopiker festzustellen ausser Stande sein. In der Augenheilkunde, in der die Verhältnisse ähnlich lägen, seien es die Errungenschaften der physikalischen und physiologischen Optik, welche die Diagnose zahlreicher Functionsanomalien, die post mortem anatomisch nicht mehr festgestellt werden können, beim Lebenden ermöglichen. In der Ohrenheilkunde stehen dem Versuche auf experimentell-physikalischem Wege zur Förderung der differentiellen Diagnostik beizutragen, viel grössere Schwierigkeiten im Wege. Dennoch hofft *Jacobson*, dass sich Erfolge in dieser Richtung erzielen lassen dürften, wenn wir eine Methode besässen, die Hörschärfe Kranker in exacter Weise zahlenmässig zu bestimmen, so zwar, dass in jedem einzelnen Falle festgestellt werden kann, um welchen Bruchtheil die pathologische Hörschärfe für qualitativ verschiedene Schallarten hinter der normalen zurückbleibt. Die bisherigen



Methoden der Hörprüfung reichen für diesen Zweck nicht aus. Es ist nun *Jacobson* gelungen, einen Apparat zu construiren, welcher uns in den Stand setzt, Töne verschiedener Höhe bezüglich ihrer Intensität genau messbar abzustufen. Mit diesem Apparat, der in *Du Bois-Reymond's* Archiv, Jahrgang 1888, beschrieben ist, werden die Hörschwelle für Töne ungleicher Schwingungszahl für das normale sowohl, wie für das kranke Ohr ermittelt und so die Hörschärfe des Kranken als Bruchtheil der normalen zahlenmässig bestimmt. Sollen auf diese Weise Untersuchungen an Kranken zur weiteren Ausbildung unserer differentiellen Diagnostik in Zukunft angestellt werden, so räth *Jacobson*, hierzu nur solche Fälle zu benützen, bei welchen man mit möglichst grosser Wahrscheinlichkeit eine sichere Diagnose aus dem objectiven Befunde und der Krankengeschichte stellen und ihre Richtigkeit durch den Verlauf des Leidens controliren kann, und ferner beim Studium der Kopfknochenleitung beziehentlich des *Rinne*'schen Versuches nur solche Kranke zu berücksichtigen, die das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

497. ***Ueber Durchleuchtung der Augenwandungen.*** *Von Prof. Dr. v. Reuss in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 37. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. März.)*

Zur Durchleuchtung der Augenwandungen bedient sich *v. Reuss* eines von *Leiter* in Wien construirten Instrumentes. Dasselbe besteht aus einer kleinen Glühlampe, die sich in einem mit Glasfenster versehenen Metallrohr befindet. Das Innere des Rohres ist mit kaltem Wasser gefüllt, welches das Lämpchen umspült und durch den Handgriff zu- und abschliesst. Letzterer dient auch zur Zu- und Ableitung des elektrischen Stromes. Zur Speisung der Wasserleitungsröhren dient ein Irrigator, als Elektricitätsquelle eine kleine Chromsäurebatterie mit fünf bis acht Elementen. Man setzt nun den Kühlapparat in Thätigkeit, bringt die Lampe zum Glühen und drückt die Laterne mit ihrem Fenster an die Sclera, indem man sie so weit wie möglich in die Orbita vorschiebt. Sogleich leuchtet die Pupille hellroth auf und man kann nun alle Details der Augenwandung sehen, die vor der Lichtquelle liegt. *Leiter* hat diesen Apparat noch dadurch vervollkommnet, dass er das Glühlämpchen in eine metallene Trommel brachte, und durch das an einer Seite angebrachte Ansatzrohr einen Glasstab steckte, dessen Ende auf die Sclera gesetzt wird. In dieser Form bedarf der Apparat keiner Kühlvorrichtung. Mit diesem Apparat sieht man diejenigen Partien des Augengrundes, welche für den Augenspiegel ziemlich an der Grenze des Sichtbaren liegen. Namentlich Linsentrübungen, periphere Netzhautabhebung etc. werden Objecte für eine derartige Untersuchung abgeben und wird diese Methode eine werthvolle Ergänzung der durch die Augenspiegeluntersuchung gewonnenen Resultate.

498. ***Der „trockene Mund".*** *Von Jonathan Hutchinson. (The Brit. med. Journ. 1888. 3. Nov., pag. 993. — Neurolog. Centralbl. 1889. 2.)*

Eine neue Krankheitsform, von welcher *Hutchinson* in der Londoner klinischen Gesellschaft einen Fall vorträgt, und von welcher nach des Vortragenden Angabe erst 5 Fälle in der



Literatur figuriren, führt bisher den Namen „Dry mouth". Vor 2 Jahren hatte *Hutchinson* vor derselben Gesellschaft den ersten Fall dieser Art beschrieben. Der jetzt vorgetragene Krankheitsfall betrifft eine 50jährige Witwe, die, in guter allgemeiner Gesundheit, viel Kummer durchzumachen hatte. Allmälig, innerhalb 3 Monaten langsam sich steigernd, entsteht eine andauernde absolute Trockenheit des Mundes, der Zunge, der Wangen, Lippen und des Gaumens. Vier Jahre dauerte dieselbe schon; und keinerlei Erleichterung war darin eingetreten. Die Zunge war rein, roth, rissig. Der Grad der Trockenheit war so hoch, dass das Sprechen kaum geschehen konnte. Pharynx ebenfalls trocken, dahingegen Nasensecretion, Thränen und Conjunctiva-Feuchtigkeit ungestört. Schweiss reichlich, Gesicht und Stirn schwitzten bei der kleinsten Gemüthserregung. Alle bisher beobachteten Fälle betrafen Frauen über mittlerem Lebensalter; in allen zeigte sich ein stationärer, unheilbarer Zustand. Auch war in keinem Falle eine weitere Krankheit des Nervensystems nachgefolgt. Von der vierjährigen Andauer dieser Störung war kein sonstiger Einfluss auf das Allgemeinbefinden wahrgenommen worden, was man wegen der Wichtigkeit der Insalivation der Speisen hätte vermuthen können. — Jaborandi, Pilocarpin, Elektricität, Merkur, Jodkalium waren gegen das Uebel ohne Nutzen. — *Hadden* sah von erstgenanntem Mittel (tägl. 3mal 1·8, zuletzt 2·4 p. d.) einigen Erfolg.

499. ***Ueber Kehlkopftuberculose, ihre Behandlung und Heilung.*** *Von Dr. Keimer. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 46 u. ff.)*

Verf. sucht die beiden Fragen zu beantworten: 1. ob es eine primäre Larynxphthise gäbe und 2. ob und durch welche Mittel diese Krankheit und die tuberculöse Infection überhaupt zu heilen seien. Den ersten Punkt glaubt Verf. bejahen zu dürfen. Er hebt die von *Progrebinsky* und *Löri* publicirten Fälle hervor, in denen durch die Section tuberculöse Zerstörungen des Kehlkopfes constatirt wurden, während die Lungen völlig intact waren. Des Weiteren führt *Keimer* aus seiner Praxis zwei Fälle primärer Larynxphthise an. An die Spitze der wirksamen Mittel stellt Verf., gleich *Brehmer*, *Heryng* u. A., die Milchsäure; nächst dieser schätzt er das Mentholöl am höchsten. Jedoch wendet er Einspritzungen mit 20procentigem Mentholöl nur bei sehr empfindlichen Patienten an, welche die schmerzhafte Milchsäureapplication nicht vertragen. Bei den meisten Patienten konnte Verf. eine 20procentige Milchsäurelösung mittelst Wattetupfers appliciren, nachdem jedesmal vorher die Empfindlichkeit der Kehlkopfschleimhaut durch Cocainlösung stark herabgesetzt war. Im weiteren Verlaufe der Behandlung wurde dann eine 40—50—60procentige Lösung von Acidum lacticum in Aqua dest. angewandt. Bei höher als 60procentiger Concentration erzielte *Keimer* in einem Falle „dünne croupöse Belege" der gesunden Schleimhautpartien, während sich unterhalb dieser Concentrationsgrenze die Milchsäurelösung stets als absolut indifferent gegen das gesunde Gewebe erwies. Sämmtliche Misserfolge anderer Autoren bei der Milchsäuretherapie schreibt Verf. einer nicht sorgfältig genug ausgeübten Technik zu. Verf. bedient sich durchgehends der von *Krause* und *Heryng* angegebenen Curetten, um vor Application der



Milchsäure das gesammte inficirte Gebiet durch Abschaben und Incidiren der Wirkung derselben zugänglich zu machen. Obgleich viele der Patienten nach der Milchsäurebehandlung Jahre lang als gesund befunden wurden, zwingt doch ein Fall, bei welchem Verf. trotz erzielter Narbenbildung später ein Recidiv zu constatiren hatte, denselben zum Geständniss, dass Vernarbung sicher nicht in allen Fällen schon eine Heilung bedeute.

Dermatologie und Syphilis.

500. ***Kann und darf man Kinder in den ersten Tagen nach der Geburt impfen?*** *Vortrag von Prof.* ***M. Wolf*** *in der Berl. med. Gesellsch. 27. März 1889. (Berliner ärztl. Zeitschr. 1889. 7.)*

Auf Grund zahlreicher Versuche gelangt der Vortragende zu folgenden Ergebnissen: 1. Neugeborene können sowohl mit humanisirter als mit animaler Lymphe erfolgreich geimpft werden. 2. Sie vertragen die künstliche Infection und ihre Folgen gut, es treten niemals allgemeine Störungen, ja sogar keine Fiebererscheinungen auf. 3. Der Impfschutz ist ein völliger und eben so lang dauernder, wie bei Impfungen in späterer Lebenszeit. Aus diesen Gründen wäre eine dahin gehende Verschärfung des Impfgesetzes in Betracht zu ziehen, dass bei Ausbruch einer Pockenepidemie die sofortige Impfung Neugeborener, falls sie normalkräftig sind, obligatorisch werde.

501. ***Behandlung der Cancroide mit Kalium chloratum.*** *Von* ***Hyvernaud.*** *(Thèse de Paris. 1887. — Monatsh. f. pr. Dermatol. 1888. 23.)*

Verf. fügt den schon publicirten Fällen 10 neue Fälle hinzu und stellt so eine Summe von 63 nur mit Kalium chloratum behandelter Fälle des Cancroids zusammen, auf welche Zahl 32 Heilungen, 15 Besserungen und 16 Misserfolge entfallen. Am besten heilen durch diese Behandlung die Cancroide der Haut und insbesondere die der Gesichtshaut; gegen die Cancroide der Schleimhäute ist diese Behandlung gewöhnlich erfolglos. Indessen wurde sie mit Erfolg bei 2 Epitheliomata der Lippen und in einem Falle von Epithelioma des Naseneinganges angewendet. Die besten Resultate gab diese Behandlungsweise gegen langsam vorwärts schreitende Cancroide, welche zu exulceriren beginnen. Hat das Cancroid grosse Dimensionen angenommen, wuchert es übermässig, nimmt es die serpiginöse Form an, oder hat es durch Ulceration die darunter liegenden Gewebe zerstört, so erhält man nur eine vorübergehende Besserung oder einen vollständigen Misserfolg. Das Medicament soll direct auf das von den Krusten befreite Geschwür in übersättigter Lösung von beiläufig 6% und leicht erwärmt, oder als feines Pulver applicirt werden. Der Verband wird ein oder mehrere Mal des Tages erneuert. Die Lösung scheint, ohne eine plötzliche Veränderung hervorzurufen, durch ihren vernarbenden Einfluss zu wirken. Das Salz in Pulverform ruft überdies eine leichte Aetzung hervor, welche die ober-



flächlichsten Schichten mortificirt, was das successive Abfallen des Aetzschorfes und nachfolgende Vernarbung zur Folge hat. Der Weg der Heilung ist manchmal regelmässig vorwärtsschreitend, aber es gibt oft Stillstand und manchmal auch partielle Recidive, welche die definitive Vernarbung, ohne sie zu verhindern, retardiren. *Leloir* hat nur inconstante Resultate bei dieser Behandlung erhalten.

502. ***Aetiologie und Behandlung der Psoriasis.*** *Von* ***Shoemaker.*** *(Med. Register, Philadelphia. — Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1889. 7.)*

Verf. ist überzeugt, dass Psoriasis immer durch constitutionelle Störungen hervorgerufen werde. Dyspepsie, Anämie, Syphilis, Eczema, Scropheln, hauptsächlich aber Rheumatismus und Gicht werden als die hauptsächlichsten ätiologischen Momente aufgeführt. Diese Anschauung bietet ihm den Vortheil, mit dem ganzen therapeutischen Armamentarium der inneren Medicin gegen Psoriasis zu Felde ziehen zu können. Allgemeine hygienische Vorschriften, Bäder, Massage, Bewegung im Freien u. s. w. sind zu allererst nöthig. Salicylsäure, Wintergrünöl, Kali aceticum, Tinct. digitalis, Spirit. aether. nitros., Chinin, Antimon, Jodkalium u. s. w. sind je nach der speciellen Indication am Platze. Arsenik wird nur bei chronischen Fällen gegeben, es wirkt am nachhaltigsten, wenn in Form tiefer subcutaner Injectionen gegeben. Man fange mit 0·006—0·015 Acid. arsenicos. oder Natr. arsenicos. an und steigere die Dosis behutsam jeden 2. oder 3. Tag. Auch Suppositorien, 0·015—0·03 Acid. arsenicos. enthaltend, 1—2mal täglich, zeigten sich recht nützlich. Die herkömmliche locale Behandlung mit Theer, Chrysarobin, Anthrarobin. Acid. pyrogallic. möchte Verf. dabei keineswegs aufgeben, hält dieselbe aber für unvermögend, eine definitive Heilung allein herbeiführen zu können.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

503. ***Ueber einen Fall tuberculöser Ulceration der Urethra nach primärer Nierentuberculose.*** *Von* ***Michant.*** *(Bull. de la soc. anatom. de Paris. 1887. — Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888. 7.)*

Verf. berichtet über folgenden interessanten Fall: Ein 27 Jahre alter Patient litt seit seiner letzten Gonorrhoe 1884 an einem schleimig-eitrigen, gegen jede Therapie widerspenstigen Ausfluss, dabei wurde der Harnstrahl dünner; intercurrent war einmal für kurze Zeit Hämaturie aufgetreten. Bei der Untersuchung zeigte sich in der Urethra, 5 Cm. hinter deren Orificium, ein länglicher, erbsengrosser, derber, einem Urethralschanker ähnlicher Knoten. Beginnende Lungentuberculose mit rapidem Verlauf führte den Exitus letalis herbei. 8 Tage vor demselben entstanden an der Glans stecknadelkopfgrosse graue Knötchen, aus denen sich rasch kleine fungöse Ulcerationen entwickelten. Bei der Section fand sich ausgebreitete Tuberculose

der Lungen und Nieren. In der Urethra eine tuberculöse, in die Glans eindringende Caverne, hinter dieser der auch in vivo gefühlte harte Knoten.

504. ***Intermittirende und latente Albuminurie.*** *Von* ***George Johnson.*** *Brit med. Journ. 1889. 2. 2. — Deutsch. Med. Zeitg. 1889. 33.)*

Nach *Johnson* ist die Gegenwart von Eiweiss im Urin, auch wenn es geringfügig ist und intermittirend auftritt, stets pathologischer Natur. Die Albuminurie, ob intermittirende oder persistente, bei Personen von anscheinend gesunder Constitution zeigt keine derartigen specifischen Symptome, um sie mit missdeutenden Bezeichnungen, wie physiologische, cyklische, functionelle und der Albuminurie der Jugend zu belegen. Bei fast jedem Falle dieser Albuminurie kann dieser durch sorgfältige Erforschung auf irgend eine erregende Ursache zurückgeleitet werden. Nahezu alle Fälle acuter Nephritis machen das Stadium intermittirender Albuminurie bei ihrem Näherrücken zur Reconvalescenz durch und andererseits kann die Mehrzahl der Fälle von intermittirender Albuminurie auf einen mehr oder weniger entfernten Anfall acuter Nephritis zurückgeführt werden. Seitdem es notorisch ist, dass sehr viel Eiweiss im Urin von Personen vorkommen kann, die anscheinend in voller Gesundheit sich befinden, ist es einleuchtend, dass der Urin jedes Kranken, auch mit anscheinend geringer Erkrankung, und der Urin jedes Applicanten für die Lebensversicherung, wie kräftig auch seine Constitution erscheinen mag, auf Eiweiss geprüft werden muss. Es ist seit Jahren bekannt, dass Eiweiss reichlich während eines Tages im Urin auftreten und am nächsten gänzlich darin fehlen kann. Es ist deshalb erforderlich, den Urin nicht nur nach der Bettruhe und vor dem Frühstück, sondern auch nach der Mahlzeit und Bewegung zu untersuchen.

505. ***Propeptonurie, ein häufiger Befund bei Masern.*** *Vorläufige Mittheilung. Von Dr.* ***M. Loeb*** *in Frankfurt a. M. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 15.)*

Gegenüber der allgemeinen Annahme von dem seltenen Vorkommen des Propeptons im Harne fand *Loeb* in der grösseren Mehrzahl der Masernerkrankungen (in 12 Fällen 9mal) den erwähnten Eiweisskörper. Die Propeptonurie zeigte sich in der Regel bei beginnender oder schon eingetretener Defervescenz bei noch stehendem Exanthem und war fast immer 2 Tage hindurch nachzuweisen. Bezüglich des Verhältnisses der Propeptonurie zu der Diazoreaction, die nach *Fischer* bei Morbillen mit grosser Regelmässigkeit auftritt, so erhielt *Loeb* in allen Fällen, in denen er Propepton im Harne nachweisen konnte, auch noch 3mal bei Scharlach, 1mal bei Phthise in stadio ultimo sehr schön die Diazoreaction; dagegen war einige Male letztere vorhanden während Propepton zu fehlen schien. *Loeb* fand bei masernkranken Kindern öfters eine Vergrösserung der Leber, und es wäre möglich, dass dieselbe mit der Peptonurie in einem gewissen Zusammenhange steht. Man könnte auch an eine Abhängigkeit der letzteren von der Hautaffection denken, da Verf. die Propeptonurie wiederholt auch bei Scharlach sah, *Leube* sie



bei Urticaria, *Ter-Gregoriantz* bei diffuser Dermatitis vorfand, und *Lassar* sie künstlich durch Petroleumeinreibungen bei Thieren erzeugen konnte. —*sch.*

506. ***Ueber den Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen.*** *Von V. Urbantschitsch. Wien. (Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. 1888, Bd. 42, pag. 154. — Deutsch. Med. Zeitg. 1889. 30.)*

Die Versuche sind in der Weise ausgeführt, dass während einer gleichmässig stattfindenden Erregung eines Sinnesgebietes in einem anderen Sinnesgebiete eine Empfindung ausgelöst wurde, wobei genau darauf geachtet wurde, ob sich während der neu eingetretenen Sinnesfunction in der Empfindung des ursprünglich erregten Sinnes irgendwelche Veränderungen zu erkennen gaben. So fand Verf. zunächst bei der Mehrzahl der Versuchspersonen eine nicht selten auffällige Beeinflussung der Farben- und Gesichtsempfindungen durch die gleichzeitig stattfindende Gehörserregung. In der Regel ruft die Erregung einer Tonempfindung eine Steigerung des Farbensinnes hervor, wobei früher nicht erkennbare Farbenfelder deutlich wahrgenommen werden können, bezw. eine Aufhellung des Gesichtsfeldes, wobei früher nur undeutlich oder gar nicht erkennbare Buchstaben hervortreten. Aehnlich erfahren Geruchs-, Geschmacks- und Tastempfindungen durch starke, tiefe und besonders durch hohe Töne häufig eine rasch vorübergehende Verstärkung. Mitunter aber werden alle diese Sinnesempfindungen durch eine Gehörserregung herabgesetzt, ja derselbe Ton, der z. B. bei mittlerer Stärke den Tastsinn erhöht, kann bei schwacher Einwirkung auf diesen einen schwächenden Einfluss ausüben. Hierher gehört auch die bekannte Beobachtung, dass hochgradig Schwerhörige beim lauten Hineinsprechen in das Ohr nicht selten eine schmerzhafte Empfindung zu erkennen geben. Was den Einfluss der Sehempfindungen auf die übrigen Sinnesempfindungen betrifft, so liess sich ein solcher auf die Hörfunction an vielen Individuen leicht nachweisen; so bedingt eine abwechselnd stattfindende Verdunklung und Erhellung, eine abwechselnde Färbung des Gesichtsfeldes gewöhnlich eine auffällige Schwankung in der Intensität der Hörempfindungen (z. B. des Tickens einer Uhr); und bei musikalischen Tönen kommt je nach der einwirkenden Farbe nicht nur eine Intensitätsschwankung, sondern auch eine scheinbar qualitative Veränderung des Tones zur Beobachtung. Auf die Geschmacksempfindungen erweist sich der Lichteinfall in manchen Fällen, und zwar in erregendem Sinne von Einfluss, Abdunkelung wirkt dann abschwächend. Das (mittelst eines Haares erregte) Kitzelgefühl erfährt durch Bedecken der Augen häufig eine Abschwächung, während beim Oeffnen der Augen wieder die frühere Intensität der Kitzelempfindung zurückkehrt. Hält man die Finger in kaltes oder heisses Wasser, so wird die entsprechende Temperaturempfindung durch Vorhalten eines rothen oder grünen Glases gesteigert, durch Blau und Violett vermindert. Auch bezüglich der Beeinflussung der Sinnesempfindungen durch den Geruchs-, Geschmacks-, Tast- und Temperatursinn hat Verf. Versuche angestellt. Aus allen den Beobachtungen tritt der Einfluss einer Sinneserregung auf die übrigen Sinnesempfindungen als allgemein giltiges physiologisches Gesetz deutlich hervor.

507. ***Ueber die täglichen Harnquantitäten bei Kindern.*** *Von Dr.* ***Maximilian Herz.*** *(Wiener med. Wochenschr. 1888. 44—50. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 16.)*

Die täglichen Harnquantitäten bei den von *Herz* zu seiner Studie verwendeten 30 Knaben und 30 Mädchen im Alter von 6—14 Jahren schwankten zwischen 550 und 1400 Ccm. (bei den Mädchen zwischen 600—800 Ccm.). Die tägliche (übrigens vom Alter, der allgemeinen Entwicklung, der Ernährung abhängige) Harnmenge nimmt bei den verschiedenen fieberhaften und bei Darm-Affectionen, insbesondere in prognostisch bedeutsamer Weise bei Cholera infantilis, ab. Bei Hysterie findet sich bald Oligurie, bald Polyurie, andere Male Harnretention. *Herz* macht nach Besprechung der Nephritis bei Infectionskrankheiten auf die enorme Empfindlichkeit der Kinder gegen Carbol aufmerksam, vor dessen Anwendung bei Kindern er warnt. Polyurie findet sich bei chronischen Affectionen des Nierengewebes und Nierenbeckens. Unter den ätiologischen Momenten der Polyurie spielen Läsionen des Nervensystems die Hauptrolle.

508. ***Eine neue Methode, freie Salzsäure im Mageninhalte quantitativ zu bestimmen.*** *Aus dem chemischen Laboratorium des Karolinischen Instituts zu Stockholm. Von* ***John Sjöqvist.*** *(Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XIII. Heft I u. II. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 15.)*

Die Methode beruht auf folgender, dem Verf. von *K. A. H. Mörner* mitgetheilten Idee: Wenn ein Mageninhalt mit Baryumcarbonat zur Trockene eingedampft wird, werden die freien Säuren desselben in die Baryumsalze der respectiven Säuren übergeführt. Bei der folgenden Einäscherung bleibt gebildetes Chlorbaryum unverändert; die Salze der organischen Säuren werden zu Baryumcarbonat verbrannt. In den Wasserextract der Asche geht das Chlorbaryum über, das kohlensaure Baryt aber ist fast unlöslich in Wasser. Ersteres entspricht der Menge der ursprünglich im Magensaft vorhandenen freien Salzsäure und wird nach einer im Original genau mitgetheilten Methode durch Titriren (s. Original) bestimmt.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

509. ***Mikroben in den pleuritischen Exsudaten.*** *Von* ***Gilbert*** *und* ***Lion.*** *(Ann. de l'Institut Pasteur. Bd. II. 12. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 14.)*

Von verschiedenen Seiten, so von *Gombault* und *Chauffard*, von *Kelsch* und *Vaillard*, sowie von *Ehrlich* und *A. Fraenkel* sind bekanntlich Untersuchungen darüber angestellt worden, ob die Annahme einer primären, d. h. unter dem Einfluss einer Erkältung entstandenen serös-fibrinösen Pleuritis zulässig sei oder nicht, beziehungsweise ob nicht in allen Fällen, wo eine solche vorzuliegen scheint, Tuberculose der Pleura die wahre Ursache sei. Verff. suchten nun von Neuem, und zwar auf experimentellem Wege, dieser Frage nahe zu treten, indem sie unter streng antiseptischen Cautelen bei 17 Kranken durch eine (im Original einzusehende) Versuchsanordnung das Exsudat entnahmen und mit



demselben Aussaatversuche auf Agar mit Glycerin versetzter Bouillon anstellten. Kein einziges Mal gelang der Nachweis von Tuberkelbacillen. Trotzdem handelte es sich in einer Zahl dieser Fälle um tuberculöse Pleuritis; zweimal wurde sogar neben derselben gleichzeitige Lungentuberculose constatirt, einmal bestand zugleich tuberculöse Peritonitis. — Entsprechend diesem negativen Ergebnisse vermochte auch *Girode* in dem Exsudat zweier Fälle von tuberculöser Peritonitis gleichfalls keine Tuberkelbacillen auf dem Wege der Cultur nachzuweisen. Die Erklärung hierfür liegt nach Verf. einestheils in dem Umstande, dass die Bacillen nur in sehr geringen Mengen in derartigen Exsudaten enthalten sind, ferner darin, dass ihre Lebensbedingungen in denselben in ungünstiger Weise modificirt werden, so dass sie sich auf künstlichem Nährboden nicht mehr ordentlich zu entwickeln vermögen. In der That erhält man gleichfalls ungenügende Resultate, wenn man sterilisirtes und in der Wärme zum Erstarren gebrachtes pleuritisches Exsudat mit einer durchaus lebenskräftigen Tuberkelbacillencultur beimpft. Eine ordentliche Entwicklung findet nur statt, nachdem das Exsudat vorher zur Hälfte mit Glycerin-Kalbfleischbrühe versetzt worden ist. Doch genügen selbst die angeführten Gründe noch nicht vollständig zur Erklärung des negativen Bacillenbefundes in den in Rede stehenden Exsudaten. Selbst die Injection mehrerer Cubikcentimeter des Exsudates exquisit tuberculöser Pleuritiden, sowie eines Falles von tuberculöser Peritonitis in die Peritonealhöhle von Meerschweinchen erzeugte bei demselben keine Tuberculose. Es müssen also trotz der vorhandenen Tuberkeleruption auf der Pleura Bedingungen vorhanden sein, welche das Hineingelangen der Bacillen in das Exsudat verhindern. Diese bestehen in der Einkapselung der Tuberkelknötchen durch eine fibröse Bindegewebshülle. Verff. bemerken schliesslich, dass es ihnen gelungen sei, aus dem Exsudat zweier Fälle von Pleuritis bei acutem Gelenksrheumatismus, sowie im Blute von 2 Patienten, welche am letzteren litten, einen in Form gewundener Ketten wachsenden Mikrococcus zu züchten, welcher sich durch die Vergänglichkeit seiner Cultur auszeichnete.

510. ***Die Ungesundheit der Restaurationsküchen.*** *Von **Hudelo** und **H. Napias**. (Revue d'Hyg. etc. 1888. X. 8. — Schmidt's Jahrb. 1888. 11.)*

Verff. gehören einer Commission zur Erforschung der ungesunden Wohnungen zu Paris an und veröffentlichen in der vorliegenden Arbeit das Resultat ihrer Erhebungen rücksichtlich der Restaurationsküchen. Als Hauptnachtheile einer sehr grossen Anzahl derselben, besonders der im Keller liegenden, werden bezeichnet: 1. Die grosse Hitze, die von den Heizapparaten und den vielfach den ganzen Tag brennenden Gasflammen ausgeht. 2. Die unzureichende Grösse der Räume. 3. Die ungenügende Ventilation, aus der sich eine sehr heisse, feuchte und schlechte Luft ergibt, die für die in den Küchen beschäftigten Personen um so angreifender wird, als die Letzteren nicht selten 14 bis 15 Stunden des Tages thätig zu sein haben. 4. Die häufige Nähe der Gossen oder Senkgruben, ja selbst der Aborte und Pissoirs. 5. Die Verpestung der Küche durch die oft in grossen Gefässen daselbst aufbewahrten Spül- und Waschwasser. — Nicht selten

wurden sogar Kübel mit den Entleerungen des Küchenpersonals in der Küche, in Folge der Unerreichbarkeit der Aborte von dort aus, nothgedrungen aufbewahrt. 6. Inficirung der Vorräthe in der meist neben der Küche belegenen Speisekammer durch die schlechte Luft der ersteren. Was die vorherrschenden Krankheiten der Küchenarbeiter betrifft, so seien in Folge des langen Stehens Fussgeschwüre, Varicen, Varicocele und Brüche, letztere zwei oft von erheblicher Grösse, sehr häufig. Die heisse Luft bewirkt sehr oft habituelle Kopfschmerzen, sowie Neigung zu Apoplexien. Eine andere Folge derselben und des sehr reichlichen Schwitzens seien ausgebreitete Eczeme einerseits und ein häufiges Vorkommen der sogenannten Erkältungskrankheiten — Rheumatismen, Hals- und Lungenkrankheiten mit daran sich anschliessender Lungenphthise — andererseits. Die nervöse, angreifende Thätigkeit und der fortdauernde Durst verleiten viele Köche zum Trinken; auch Dyspepsien seien häufig. Endlich kämen nicht selten, besonders beim Benutzen der kleinen Gaskocher, Intoxicationen durch das aus den allmälig schadhaft werdenden Gummischläuchen derselben entweichende Leuchtgas vor. Schliesslich verlangen Verff. grössere Reinlichkeit und eine ausreichende Ventilation, insbesondere Trennung der Küche von den Abwaschräumen, in welchen ein ständiger Zufluss von reinem und Abfluss des schmutzigen Wassers stattfinden müsse, und räumliche Trennung der Küchen von allen sonstigen unsauberen Räumen (Aborten u. s. w.), sowohl im Interesse des Küchenpersonals, als der Consumenten.

511. ***Ueber Kohlenoxydvergiftung durch bewegliche Oefen.*** *Von* ***Lancereaux.*** *(Verhandlungen der Académie de médecine zu Paris vom 5. Februar 1889.) — Allg. med. Central.-Zeitg. 1889. 28.)*

Im Anschluss an einem Bericht über eine Reihe von Intoxicationen in Folge Emanationen von Kohlenoxydgas aus den eisernen Oefen mit langsamer Verbrennung, lenkt *Lancereaux* die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Gefahren, die dem Publicum seitens dieser Oefen erwachsen und empfiehlt zur Abwehr derselben folgende Massregeln: 1. Nur den Verkauf derjenigen Oefen zuzulassen, bei denen eine gesetzlich bestimmte Commission festgestellt hätte, dass sie Zug genug hätten, um die totale Verbrennung der Kohle zu Kohlensäure zu ermöglichen und so die Bildung von Kohlenoxyd von vornherein unmöglich zu machen. 2. Die Verbindung eines derartigen Ofens mit einem bereits bestehenden Kamin nur unter der Bedingung zu gestatten, wenn letzterer genügend „Zug" besitzt, um die gasförmigen Verbrennungsproducte abzuleiten. 3. Vor jeder Anlegung eines beweglichen Ofens muss man sich vor Allem der Anwesenheit eines gut ziehenden Abzuges versichern; auch sollen die demselben benachbarten Kamine gleichfalls die Fähigkeit besitzen, die schlechte Luft heraus und die gute Luft hinein zu lassen. 4. Dem Publicum ist es auf's Strengste zu untersagen, in einem Zimmer, in welchem der qu. Ofen arbeitet, zu schlafen oder zu übernachten.

512. ***Seltene Todesursache bei plötzlichem Tode.*** *Von* ***E. P. Perman.*** *(Årsberättelse från Sabbatsbergs Sjukhus. 1888, pag. 50.)*

Eine sehr seltene Todesursache ist ohne Zweifel das Verbluten aus einer kleinen Geschwulst im Mediastinum anticum,

wie solches bei einer mit hochgradiger Cyanose in das Sabbatsberger Krankenhaus aufgenommenen 43jährigen Frau der Fall war, die während der gegen die drohende Erstickung vorgenommenen Tracheotomie verstarb. Die Kranke hatte am Morgen über Rückenschmerzen geklagt, dann hatte sich nach einigen Stunden an der linken Hälfte des Halses eine Geschwulst von der Grösse von 2 Fäusten gebildet, welche bei der Section sich als extravasirtes dunkelrothes Blut auswies, das unter der Clavicula und dem Sternum sich bis zur Höhe des Arcus costae erstreckte, 200 Ccm. ausmachte und von einer apfelgrossen, sehr gefässreichen, medullären Geschwulst ausging. Das Zustandekommen einer derartigen gewaltigen Blutung, welche die Gefässe stark comprimirte und den Tod durch Compression des Herzens bedingte, erklärt sich daraus, dass bei jeder Inspiration der negative Druck in der Brust Aspiration des Blutes bedingte und dasselbe bei jeder Exspiration in die Nachbargewebe verdrängt wurde. *Th. Husemann.*

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

513. *Ueber die psychologischen Grundlagen der Vergleichung gehobener Gewichte.*

*Von Prof. **Müller** und Dr. **Schumann**.*

Pflüger's Archiv. 45. Bd. 1. und 2. Heft. 1889.

*Ref. Dr. v. **Swiecicki** in Posen.*

Bekanntlich erscheinen nach einer längeren Versuchsreihe schwere gehobene Gewichte auffallend leicht, während, wenn ruckweise gehoben wird, fliegen in Folge der vorherigen Hebungen schwerer Gewichte die später gehobenen leichten so schnell in die Höhe, dass die Versuchsperson kein Urtheil über das Verhältniss zweier kurz hinter einander gehobener Gewichte hat. Verff. suchten durch eine Reihe von Gewichtsversuchen die Einstellung der Impulse, ihre Wirksamkeit, mit einem Worte die für die Gewichtsvergleichung massgebenden Factoren näher kennen zu lernen. Bei diesen Versuchen blieb die Versuchsperson stets in Unkenntniss des Verhältnisses der beiden zu hebenden und mit einander zu vergleichenden Gewichte. Das Urtheil der Versuchsperson bezog sich stets auf das zuzweitgehobene Gewicht in seinem Verhältnisse zu dem zuerstgehobenen, d. h. bei allen Zeit- und Raumlagen des Grundgewichtes bedeutete das von der Versuchsperson gefällte Urtheil, dass das zuzweitgehobene Gewicht grösser, beziehungsweise kleiner sei als das zuerstgehobene Gewicht. Ueber die Einstellung der motorischen Impulse und ihren Einfluss auf die Gewichtsvergleichung äussern sich Verff. dahin, dass der Unterschied der motorischen Impulse um so grösser ist, je beträchtlicher der Unterschied dieser Gewichte ist. Am grössten ist die durch eine Reihe von Einstellungsversuchen bewirkte motorische Einstellung unmittelbar nach Beendigung der Ein-



stellungsversuche. Von da an nimmt sie im Verlaufe der Zeit schnell ab. Will man deutliche Wirkungen der Einstellung beobachten, so muss man stets ruckweise heben oder heben lassen. Auf zwei verschieden starke motorische Impulse tritt die Einstellung unter sonst gleichen Umständen bei dem zweihändigen Verfahren, wo jeder Arm auf einen anderen Impuls eingeübt wird, leichter und deutlicher hervor als bei dem einhändigen Verfahren. Der Einfluss der motorischen Einstellung zeigt sich in dem Falle, wo der eingeübte stärkere Impuls der erste und der eingeübte schwächere Impuls der zweite Impuls der Doppelhebung ist, etwas weniger deutlich als in dem umgekehrten Falle. Die Einstellungsgewichte sind nicht ununterbrochen mit immer gleichen Intervallen zu heben, weil unter solchen Umständen eine entsprechende motorische Einstellung sich nicht ausbilden kann. Die Nervencentren, in denen die motorische Einstellung stattfindet, unterliegen nicht blos dem schwächenden Einflusse der hebungslos verlaufenden Zeit, sondern sie begehen zuweilen Fehlgriffe, d. h. ein bestimmter eingeübter Impuls tritt zuweilen an falscher Stelle auf. Unter der Einstellung verstehen die Verf. nicht einen anerzogenen Reflexmechanismus, sondern eine eingeübte Disposition oder Tendenz zu einer automatischen Thätigkeit motorischer oder sensorischer Art, welche durch ihre Intensitätsverhältnisse, die Länge der Intervalle, ihre ununterbrochene Ausdauer etc. charakterisirt ist. Verff. sind auf Grund ihrer Versuche und Darlegungen der Ansicht, dass Versuche behufs Prüfung des Kraftsinnes künftighin nicht, wie üblich, mit gehobenen Gewichten anzustellen sind, da bei solchen Versuchen fast nur die Empfindlichkeit für Bewegungsunterschiede geprüft wird. Will man den Kraftsinn prüfen, so hat man sich solcher Apparate zu bedienen, bei denen der Angriffspunkt der Kraft bei grossen Aenderungen der Kraft nur minimale Aenderungen seiner Lage erleidet. Auf Grund welcher Empfindungen unsere Beurtheilung der Lage und der Bewegung unserer Glieder zu Stande kommen, darüber lässt sich schwer etwas Positives sagen. Verf. glauben, dass die sensorischen Muskelfasern im Wesentlichen nur die Function haben, uns über den Ermüdungsgrad der Muskeln Auskunft zu geben. Aber auch die Seh-, Haut-, Gelenksnerven etc. können sich bei der Hervorrufung der Ermüdungsempfindungen betheiligen. Als wesentliche Bestandtheile unserer Lageempfindungen erachten Verf. nur die Hautempfindungen und hauptsächlich die Gelenksempfindungen. Für die Theorie des Vergleichens und Schätzens gehobener Gewichte kommen Innervationsempfindungen gar nicht in Frage und es liegt nach Verf. kein plausibler Grund vor, dergleichen Empfindungen anzunehmen. Ueber den Zeitfehler bei den Gewichtsversuchen stellen die Verf. auf Grund der Versuche folgenden Satz auf: Der Zeitfehler bei Versuchen mit gehobenen Gewichten ist abhängig vom Tempo, von der im Laufe der Versuche eintretenden Ermüdung und von der Grösse der gehobenen Gewichte. Eine Verringerung des Tempos wirkt innerhalb gewisser Grenzen im Sinne einer positiven Aenderung des Zeitfehlers. Die im Laufe der Versuche sich einstellende Ermüdung wirkt im gegentheiligen Sinne, so dass im Allgemeinen der Zeitfehler im Laufe einer Anzahl aufeinander

folgender Runden eine Tendenz zeigt, sich in negativem Sinne zu ändern. Bei wachsender Uebung verringert sich natürlich dieser Einfluss der Ermüdung. Die Grösse der gehobenen Gewichte kommt insofern in Betracht, als erstens die im Laufe einer Versuchsreihe auftretende Ermüdung um so grösser ist, je beträchtlicher die Gewichte sind. Zweitens hinterlässt jede einzelne Hebung eines grossen Gewichtes, in Folge der damit verbundenen Ermüdung, eine Tendenz, das zuzweitgehobene Gewicht zu überschätzen. Verff. besprechen noch den Raumfehler, den Einfluss der verschiedenen Hubhöhe und der Einschiebung eines Zwischengewichtes. Die Giltigkeit des *Weber*'schen Gesetzes für die Vergleichung gehobener Gewichte beruht nach Verf. einfach darauf, dass man erstens in der Hauptsache die Hauptgeschwindigkeiten vergleicht und demgemäss entspricht dem eben merklichen Gewichtsunterschiede eine eben merkliche Differenz der Hubgeschwindigkeiten, und zweitens muss der Massenzuwachs, der erforderlich ist, um an einer bestimmten Geschwindigkeit einer bewegten Masse eine bestimmte, eben merkliche Aenderung zu bewirken, nach dem bekannten Gesetze der Mechanik der Grösse der bewegten Massen proportional gehen. Auf eine Erweiterung der psychophysischen Massmethoden sind Verf. absichtlich in ihrer interessanten Arbeit nicht eingegangen, da es in erster Linie darauf ankommt, von den für die Vergleichung gehobener Gewichte massgebenden Hauptfactoren eine richtige und vollständige Anschauung zu haben.

Literatur.

514. ***Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bacteriologischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden.*** *Von Dr. **Rudolf v. Jaksch**, a. ö. Professor an der k. k. Universität in Graz. Zweite vermehrte Auflage. Mit 125 zum Theile farbigen Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.*

Das in zweiter Auflage vorliegende und dem Hofrath *Nothnagel* gewidmete Werk darf sich eines ganz seltenen literarischen Erfolges rühmen. Kaum zwei Jahre nach dem ersten Erscheinen desselben ist das Werk schon in's Französische übersetzt, eine englische und italienische Uebersetzung desselben ist im Drucke und eine russische Uebersetzung in Vorbereitung. Es ist selbstverständlich, dass der Verfasser in die zweite Auflage Alles aufgenommen hat, was sich ihm nach sorgfältiger Prüfung für die klinische Diagnostik verwerthbar bewährt hat. Die glänzende Ausstattung des Werkes wurde schon beim ersten Erscheinen desselben durchgehends anerkannt und ist auch diesmal auf der gleichen Höhe geblieben. *Loebisch.*

515. ***Lehrbuch der praktischen Ohrenheilkunde.*** *Von Dr. **D. B. St. John Roosa,** Professor der Ohren- und Augenheilkunde an der med. Facultät der New-Yorker Universität. Nach der 6. Auflage des Originals bearbeitet von Dr. **Ludwig Weiss** in New-York. Mit 77 Holzschnitten. Berlin 1889, Verlag von August Hirschwald.*

Wer die Entwicklung der medicinischen Literatur in den beiden letzten Decennien mit Aufmerksamkeit verfolgte, wird mit grosser Zufrieden-



heit constatiren, dass in dieser Beziehung selbst den kühnsten Erwartungen entsprochen wurde. Sämmtliche Zweige der Wissenschaft wurden durch zahlreiche Ergebnisse neuerer Forschungen bedeutend erweitert und einzelnen Disciplinen — wie namentlich der Ohrenheilkunde — die früher als selbstständige Wissenschaft nicht anerkannt wurden, der ihnen mit Recht gebührende Rang gesichert. Letzteres konnte nur um den Preis rastlosen Fleisses und uneigennützigen Strebens gediegener Fachmänner errungen werden. Die Zahl der Jünger, die sich dem Studium der Ohrenheilkunde zuwandten, stieg von Jahr zu Jahr und es musste dem lebhaft gefühlten Mangel an brauchbaren Lehrbüchern abgeholfen werden. Dies geschah auch in wenigen Jahren in höchst befriedigender Weise. Wir erwähnen blos die classischen Werke von *Tröltsch*, *Politzer*, *Gruber*, *Urbantschitsch* und *Schwartze*, welche wie auch mehrere kleinere Handbücher die Grundsätze der Ohrenheilkunde den Aerzten und Medicinern zugänglich machen. Die jüngste Erscheinung auf diesem Gebiete ist die deutsche Ausgabe des von dem vortheilhaft bekannten amerikanischen Ohrenarzte Prof. *Roosa* verfassten Lehrbuches. Das Werk ist bestimmt, dem praktischen Arzte als Führer für die Diagnose und Behandlung der Ohrenkrankheiten zu dienen, aber auch der Specialist wird so manches Interessante und Nützliche in demselben finden. Das Buch zerfällt in 19 Capitel, in denen die Untersuchungsmethoden des Ohres, die Pathologie und Therapie sämmtlicher Ohrenkrankheiten behandelt werden. Leider vermissen wir die Anatomie des Gehörorganes, deren Aufnahme der Uebersetzer „mit Rücksicht auf die allgemein verbreiteten anatomischen Kenntnisse deutscher Aerzte“ nicht für nothwendig erachtete. Sowohl die sich auf reiche Erfahrung stützende selbstständige Auffassung und Bearbeitung des Materials, als auch die lehrreiche Darstellung desselben werden gewiss diesem Buche einen grossen Leserkreis erwerben.

Dr. *J. Purjesz* (Budapest).

516. ***Chirurgische Operationslehre für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***Hugo Schmid****, Primarchirurg des k. ungar. Landesspitals in Pressburg. Mit zahlreichen Abbildungen. I. Theil. Budapest 1889. Verlag von Gustav Grimm.*

Der als Operateur vortheilhaft bekannte Verfasser unterzog sein vor mehreren Jahren erschienenes Werk einer sorgfältigen Umarbeitung, wobei er die Fortschritte auf diesem Gebiete gewissenhaft berücksichtigte. Das vorliegende zwanzig Druckbogen umfassende I. Heft behandelt (in ungarischer Sprache) mit gewandter Feder die Vorbereitungen zur Operation, die Narcose, die Trennung der Weichtheile und Knochen, die Nähte und die verschiedenen Methoden der Blutstillung. Die in den Text gedruckten Illustrationen sind recht schön, wie auch überhaupt die ganze Ausstattung des Buches eine wohlgefällige ist. Das 2. und 3. (Schluss-) Heft sollen in kurzer Zeit nachfolgen.

Dr. *P.*

517. ***Praktische Anleitung zum Gebrauche des Augenspiegels für Studirende und praktische Aerzte.*** *Von Dr.* ***L. Königstein,*** *Docent an der Wiener Universität. Mit 52 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889. 121 S. 8⁰.*

Die Bedeutung, welche die Untersuchung mit dem Augenspiegel nicht nur für die Diagnose der Augenkrankheiten, sondern auch für die vielen constitutionellen Krankheiten des Organismus erlangt hat, verleiht der Anwendung desselben in der ärztlichen Praxis erhöhte Wichtigkeit, so dass es zu den Aufgaben eines jeden tüchtigen Arztes gehört,



die pathologischen Zustände des Augenhintergrundes zu erkennen und in ihrer prognostischen Bedeutung zu beurtheilen. Die vorliegende praktische Anleitung zum Gebrauche des Augenspiegels verdankt ihre Entstehung den praktischen ophthalmoskopischen Cursen, welche Verfasser seit vielen Jahren erfolgreich leitet. Die Form der Darstellung ist den Bedürfnissen der Studirenden und der praktischen Aerzte mit vielem Geschick angepasst. Eine grosse Anzahl von Holzschnitten dient dazu, um theils die Augenspiegelbilder zu vergegenwärtigen, theils die anatomisch-mikroskopischen Verhältnisse der Organe zu beleuchten, ferner bei der Bestimmung der Refraction mit dem Augenspiegel die optischen Verhältnisse darzulegen, die hier als Grundlage dienen. Wir sind überzeugt, dass die vortreffliche Anleitung als Vademecum grosse Verbreitung finden wird. *R.*

518. ***Die Krankenkost.*** *Von **Hedwig Heyl.** Verlag von Carl Habel, Luderitz'sche Buchhandlung, Berlin 1889.*

Während die Wahl der Nahrung des Patienten, also das, was man als Krankenkost bezeichnet, die ausschliessliche Domäne des Arztes ist, ist doch die Bereitungsweise derselben Aufgabe der Hausfrau oder der Köchin. Es ist nun im Interesse des Kranken, sowie des Arztes von gleicher Wichtigkeit, sichere Vorschriften für die Bereitung der Krankenkost zur Verfügung zu haben, da es sich ja hier bedeutend mehr wie sonst darum handelt, jene Form für die Darreichung der Speisen zu finden, in der sie gerne aufgenommen und rasch assimilirt werden. Im vorliegenden Werkchen finden wir das grosse Gebiet der Krankenkost geordnet (Suppen inclusive Bouillons und Peptone, Getränke, Fleisch, Gemüse, Compotte, Eierspeisen, Eis, Gebäcke, Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch) und mittelst Kochrecepten, welche Zuthaten und Kosten für eine Person die Vorschriften der Zubereitung enthalten, dargestellt. Ein Anhang enthält überdies: Gewichtstabelle. Einige Anhaltspunkte zum Messen der verschiedenen Materialien, Bezugsquellen einiger für Kranke zu verwendender Speisen, Genussmittel, Getränke und Geräthe, Zusammenstellung der erforderlichen Requisiten zum Kochen und Serviren von Krankenspeisen. Aerzten, die für sich oder ihre Patienten den Besitz eines Büchleins von dem Inhalt des vorliegenden als wünschenwerth betrachten, kann dasselbe bestens empfohlen werden. *—y.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

519. ***Zur Suggestiv-Therapie.*** *Von Dr. **v. Corval,** Oberstabsarzt a. D. aus Baden. Nach dem Vortrag, gehalten in der Balneologischen Gesellschaft am 2. März 1889. (Deutsch. med. Zeitung. 1889. 33.)*

Ich beabsichtige, durch kurze praktische Mittheilungen zu der angewandten Hypnose, zur Suggestivtherapie den einen oder anderen von Ihnen, welcher der Sache etwa noch zweifelnd oder gar völlig ablehnend gegenübersteht, zu einschlagenden Versuchen zu veranlassen. Ich habe an mir selbst erfahren, dass auf diesem vielfach noch durchaus dunklen Gebiete mit theoretischen Speculationen zunächst absolut nichts anzufangen ist, und auch ich bin erst, ich gestehe es offen, durch praktisches Studium aus einem Saulus zum Paulus geworden. Während eines Aufenthaltes in Stockholm wurde ich durch



mehrere der dortigen Collegen auf Dr. *Wetterstrand* und seine hypnotischen Curen aufmerksam gemacht, und diesem tüchtigen, wissenschaftlich hochgebildeten Manne verdanke ich es, einen Einblick in die Suggestivtherapie gewonnen zu haben. Zugleich aber — und das möchte ich besonders hervorheben — überzeugte ich mich, dass die vorsichtige Anwendung der Hypnose nach der Vorschrift der Schule von Nancy durchaus ungefährlich sei, zum mindesten nicht gefährlicher wie so viele unserer wirksamen Heilmethoden, welche bei Zusammentreffen ungünstiger Umstände (z. B. Idiosynkrasie), oder mit nicht genügender Vorsicht angewandt, Unheil genug stiften könnten, ohne dass wir deshalb auf dieselben verzichten wollten. Ich versäumte daher nach meiner Heimkehr keine Gelegenheit, eigene Erfahrungen zu sammeln. Vor allem fand auch ich, dass die überwiegende Zahl von Patienten hypnotisirbar sei, und zwar ohne Unterschied des Alters und Geschlechts, wenn auch in verschiedenem Grade und in der Voraussetzung, dass nicht absichtlich widerstrebt wird. Wollte es mir anfangs hier und da nicht gleich gelingen, so überzeugte ich mich bald davon, dass eigene Ungeschicklichkeit die Schuld trug, denn der Erfolg wurde mit fortschreitender Uebung immer sicherer. Am besten eignen sich ohne Zweifel Kinder und Leute niederen Standes, welche, mehr an Gehorsam und Unterordnung gewöhnt, zugleich weniger geneigt sind, sich Reflexionen hinzugeben, zur Hypnose. Am wenigsten geeignet zu therapeutischen Zwecken dagegen erscheinen, durchaus der Behauptung *Wetterstrand's* entsprechend, hysterische und andere sehr nervöse Menschen, weil dieselben entweder nicht im Stande waren, ihre Gedanken auf das „Schlafen" zu concentriren, oder weil bei ihnen gewollte oder ungewollte Autosuggestionen störend in den Weg traten. Daher auch die Unverwerthbarkeit der *Charcot*'schen Experimente für die Suggestivtherapie. Die Frage, ob ein Jeder im Stande sei, zu hypnotisiren, lässt sich wohl im Allgemeinen bejahend beantworten. An eine besondere Kraft, welche dem Hypnotiseur eigen sein müsse, denkt wohl heute Niemand mehr; dagegen erscheint es nothwendig, dass derselbe fähig sei, seine Gedanken fest auf den gewollten Zweck — das Einschlafen der Versuchsperson — zu concentriren. Der bedeutendste schwedische Irrenarzt, Director *Oedmann* in Lund, welcher fest von der Wirksamkeit der Suggestivtherapie überzeugt ist, sagte mir, dass es ihm rein unmöglich sei, die Gedanken in der nöthigen Weise zu concentriren, so dass es ihm niemals gelänge, Jemanden in den hypnotischen Schlaf zu versetzen. Er schicke die geeigneten Fälle zu *Wetterstrand* nach Stockholm. Die Uebung im Hypnotisiren, noch mehr aber die Anwendung der richtigen Form der Suggestion, welche je nach Individualität verschieden sein muss, spielt eine mindestens ebenso grosse Rolle.

Die sehr instructiven Mittheilungen, welche Dr. *v. Schrenck* neuerdings in seinen Vorträgen in der psychologischen Gesellschaft in München gemacht hat, erschweren es einem z. B. sehr, an der Ansicht festzuhalten, dass Alles, was man über Fernwirkung, über Gedankenübertragung erfährt, einfach nur auf Täuschung der Beobachter oder auf unbewusster Suggestion, wie *Bernheim* meint, beruhe. Ich für meine Person neige dahin, die Richtigkeit mancher der bezüglichen Experimente zuzugeben, nachdem ich mit eigenen Augen gesehen habe, dass *Wetterstrand* durch einfache Suggestion mental zwei im nächsten Zimmer schlafende Patienten pünktlich auf die von ihm nur mir gegenüber allein fixirte Minute zu erwecken im Stande war (ein Alkoholiker und ein an Tabes leidender College). Was nun die Methode des Hypnotisirens betrifft,

so kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, dass die von *Liébeault* ausgebildete und von *Bernheim* weiter entwickelte einfache Suggestionsmethode die gefahrloseste und für die meisten Fälle auch durchaus genügende sei. *Bernheim* selbst sowohl wie seine Anhänger, z. B. *Wetterstrand*, lassen bekanntlich den Patienten eine bequeme Stellung einehmen und befehlen ihm dann, das Auge des Arztes zu fixiren und die Gedanken fest auf das „Schlafenwollen“ zu concentriren. Hierauf folgt die Verbalsuggestion: „Die Augen werden müde, der Blick trübt sich, Sie haben Mühe, die Augenlieder offen zu halten, Arme und Beine werden schwer, die Augen fallen zu; schlafen Sie.“ Das genügt auch in den meisten Fällen, um in einer Zeit von $^1/_2$ bis 3 Minuten Schlaf zu erzielen, der bei vielen ohne weiteres in die tieferen Grade bis zum Somnambulismus (Amnesie nach dem Erwachen) übergeht. In anderen Fällen ist es zweckmässig, mit den Fingern die Lider leicht nach unten zu schieben und zu schliessen, das Fixiren also ganz wegzulassen, oder die Verbalsuggestion durch leichtes Streichen über Kopf, Brust, Arme und Beine zu unterstützen, d. h. also die sogenannten „passes“ anzuwenden, welche wahrscheinlich durch den leichten tactilen Reiz einschläfernd wirken. Andere physikalische Hilfsmittel nach dem Vorgange von *Braid* sind gewiss nicht nothwendig und können unter Umständen unangenehme Folgen haben. Meine Beobachtungen bei *Wetterstrand* sowohl wie in eigener Praxis haben mir gezeigt, dass man mit dieser einfachen Methode überall auskommt, desgleichen aber auch, dass der hypnotische Schlaf, auf diese Weise erzeugt, ein durchaus ruhiger und behaglicher, dem Ansehen nach in keiner Weise von dem natürlichen zu unterscheiden ist und nicht die geringsten nachtheiligen Folgen hat.

Nach dem Erwecken (wozu stets der einfache Befehl „Wachen Sie auf!“ genügte) eintretenden Schwindel oder Kopfweh vermeidet man sicher durch entsprechende Suggestion vor dem Erwecken. Es ist auch durchaus nicht zum Erfolge nothwendig, jedesmal einen tiefen Schlaf, Somnambulismus, zu erzeugen, trotzdem es sich nicht leugnen lässt, dass die Suggestionen im Allgemeinen wirksamer zu sein pflegen, wenn der Patient tief schläft. Wenn ich nun noch in Kürze einige praktisch-therapeutische Bemerkungen mache, so werde ich Sie durchaus nicht mit ausführlichen casuistischen Mittheilungen behelligen, sondern nur einige Hauptmomente hervorheben und speciell solche Krankheitszustände berücksichtigen, bei denen die Suggestivtherapie bisher noch nicht so allgemein zur Anwendung gekommen ist. *Bernheim* hält bekanntlich folgende Zustände für am meisten geeignet zur Suggestivbehandlung: Functionelle Neurosen, darunter auch solche, welche nach Ablauf schwerer Läsionen des Centralnervensystems (Apoplexie, Myelitis, sclerotische Processe) zurückgeblieben sind, hysterische und neurasthenische Beschwerden, vasomotorische Störungen, Unregelmässigkeit der Menses, rheumatische Affectionen u. s. f. Auch die Patienten von *Wetterstrand* gehörten meist gleichfalls in diese Kategorien, und auch ich habe meine Beobachtungen bisher nur an solchen gemacht. Trotzdem kann es wohl kaum einem Zweifel unterliegen, dass sich mit der Zeit das Gebiet der Wirksamkeit der Suggestivtherapie noch weiter ausdehnen werde, nicht minder aber auch, dass die fortschreitende Erfahrung und nüchterne Beobachtung auf deutschem Boden präcisere Indicationen und Contraindicationen ermöglichen, manche allzu sanguinische Hoffnung vernichten werde. Schon *Forel* hat sich sehr günstig über Behandlung des Alkoholismus ausgesprochen. Ich hatte nun das seltene Glück, bei *Wetterstrand* die

Zahl von 7 Alkoholikern zu beobachten, welche bereits seit längerer Zeit geheilt waren oder noch in Behandlung standen, und gestehe, dass mich kaum eine andere Erfahrung so sehr in Erstaunen gesetzt, mir die Macht und Bedeutung der Suggestion so schlagend bewiesen hat. Die Alkoholiker verfallen sehr leicht in Schlaf, werden meist sofort somnambul; das Verbot jeden alkoholhaltigen Getränkes wirkt vom ersten Male ab entscheidend, es treten in keiner Weise irgend welche Collaps- oder andere Erscheinungen der Abstinenz ein; die Patienten fangen sofort an, ordentlich zu essen und zu schlafen und erholen sich körperlich von Tag zu Tag in überraschender Weise. (Die Suggestion bezieht sich selbstverständlich stets auch auf alle diese Erscheinungen.) Recidive treten gelegentlich auch ein, jedenfalls aber nicht häufiger als bei anderen Entwöhnungsmethoden, und meist genügen dann einige Sitzungen zur Vervollständigung des Erfolges.

Viel weniger günstig waren die Erfolge bei Morphinismus, durchaus negativ bei Cocainismus, während Chloral sich leicht abgewöhnen lässt. Dass Neuralgien aller Art, besonders auch Ischias, sehr günstig beeinflusst werden, ist bekannt, desgleichen dass Zahnschmerzen (selbst bei vorhandener Caries), Kopfschmerzen, Migräne meist rasch, nicht selten auf die Dauer beseitigt werden können. Mir selbst gelang es, den heftigsten Migräneanfall rasch zu coupiren und in einer Sitzung zu erreichen, dass bis heute (vier Monate) kein solcher mehr eintrat, während es seit Jahren durchschnittlich alle vier Wochen der Fall war. Es trat hier sofort Somnambulismus auf, und so konnte ich auch posthypnotisch die Dauer des Schlafes bestimmen und zugleich befehlen, dass künftig jeden Morgen 8 Uhr Stuhlgang eintrete, welchem letzteren Befehle gleichfalls bis heute pünktlich nachgekommen wurde, ohne dass die Patientin, welche früher die stärksten Drastica nöthig hatte, eine Ahnung von dem Befehle gehabt hätte. Am interessantesten war mir in Bezug auf Schmerzbeseitigung die Beobachtung eines Collegen, welcher, seit etwa 12 Jahren an Tabes leidend, in 10 Sitzungen von seinen wüthenden Schmerzen befreit worden war, und der wieder bei *Wetterstrand* erschien, weil eben nach einer Pause von 6 Monaten die lancinirenden Schmerzen wieder auftraten. In zwei Sitzungen war der Patient wieder völlig frei von allen Beschwerden. Mehrere mittelschwere Fälle von Epilepsie sah ich wesentlich gebessert. Bei ganz schweren Formen mit täglichen Anfällen hat *Wetterstrand* noch keinen Erfolg gesehen. Bei Schwerhörigkeit lässt sich häufig wesentliche Besserung erzielen, und habe auch ich in 2 Fällen (Verwachsung des Trommelfells mit der hinteren Paukenwand und Einziehung des stark getrübten Trommelfells) durch Suggestion eine wesentliche Abnahme des Geräusches und bedeutende Besserung des Gehöres erreicht. Stottern wird in den meisten Fällen ganz gehoben oder doch so weit gebessert, dass die Betreffenden in keiner Weise mehr behindert sind, wie ich es aus eigener Praxis in einem sehr schweren Falle bestätigen kann. Bei Incontinentia urinae (der Kinder) genügten meist wenige Sitzungen zu dauernder Beseitigung des lästigen und oft so hartnäckigen Uebels. Zum Beweise, dass unter Umständen die Suggestivbehandlung auch pädagogisch sehr gut zu verwerthen sei, führe ich nur die Beseitigung übler Gewohnheiten wie Onanie und die Beruhigung eines $3^1/_2$jährigen Kindes (eigene Praxis) an, welches seit $^3/_4$ Jahren an steter Aufregung und Unruhe gelitten hatte, jeden Befehl mit Schreien und Strampfen beantwortete, in's Bett gebracht, stundenlang schrie, mit Armen und Beinen um sich schlug und nur mit grösster Mühe zum



Waschen und Ankleiden zu bringen gewesen war. Nach 8 Sitzungen war das Kind ruhig und liebenswürdig geworden, schlief zu der befohlenen Stunde ein und unterzog sich willig den Proceduren des Waschens und Ankleidens. Trat wieder vermehrte Unruhe ein, so genügten 1—2 Sitzungen, um das ungezogene aufgeregte Kind zu dem folgsamsten und liebenswürdigsten zu machen.

Hysterische und gewisse Gattungen von Neurasthenikern, besonders solche mit vorherrschender melancholischer Verstimmung, sind meist durchaus nicht zur Suggestivbehandlung besonders geeignet, wie man vielfach meint; es muss das ausdrücklich hervorgehoben werden. Bronchialasthma sah ich bei *Wetterstrand* in zwei Fällen wesentlich gebessert; wiederholt wurde die hochgradige Dyspnoe rasch beseitigt, und ging das keuchende Athmen sofort mit Eintreten des Schlafes in ruhiges, tiefes Athmen über. Um Sie nicht zu ermüden, nur noch wenig Worte über die Resultate der Suggestivtherapie bei Erkrankungen des Centralnervensystems, von deren Existenz ich mich persönlich zu überzeugen Gelegenheit hatte. *Bernheim* sagt in dieser Beziehung wörtlich: „Die functionelle Störung in den Krankheiten des Centralnervensystems überschreitet oft das Gebiet der anatomischen Läsion; diese strahlt oft durch Chok oder dynamischen Reiz auf die benachbarten Zonen aus. Und gegen diesen veränderten Dynamismus, welcher unabhängig ist von einer directen materiellen Veränderung, ist die Psychotherapie vielleicht allmächtig.“ Ich hoffe durch meine wahrheitsgetreuen Mittheilungen gezeigt zu haben, dass die Suggestivtherapie sich bereits einigermassen die Existenzberechtigung erworben habe. Zugleich aber hoffe ich, dass mancher von Ihnen sich vielleicht zu Versuchen auf diesem Gebiete angeregt fühlen werde. Andererseits steht es fest, dass das Publicum durch gesetzliche Bestimmungen in dieser Beziehung gerade so geschützt werden muss, wie vor der unbefugten Anwendung von Giften aller Art. Es genügt nicht, dass öffentliche Schaustellungen verboten werden, man muss vielmehr dafür Sorge tragen, dass das Hypnotisiren nur dem Arzte, und diesem nur zu therapeutischen Zwecken, gestattet, sowie alle von Nichtbefugten angestellten derartigen Experimente auf das Empfindlichste geahndet werden.

Kleine Mittheilungen.

520. ***30 Gramm Sulfonal innerlich auf einmal.*** Ein Arbeiter der chemischen Fabrik J. D. Riedel (Berlin) hatte wohl davon gehört, dass das von der Fabrik hergestellte Sulfonal ein Schlafmittel sei, und um seiner Frau, die an Schlaflosigkeit litt, die neueste Erfindung zu Gute kommen zu lassen, entwandte er eine gewisse Menge von Sulfonal. Da er mit diesem neuen Arzneimittel indess nicht recht vertraut war, beschloss er, die schlafmachende Wirkung des Sulfonals zunächst an sich selbst zu erproben und nahm 2 Esslöffel davon, etwa 30 Gramm, ein! Die Wirkung war gut, der Mann schlief volle 90 Stunden, erwachte dann auf einige Stunden und schlief abermals 24 Stunden hintereinander. Anderweitige nachtheilige Wirkung hat das Mittel nicht geäussert. („Pharm. Ztg.“)

521. ***Bezüglich der Toxicität der Digitalis*** hat *Roger* (Société de Biologie zu Paris, 26 Januar 1889. — Wr. med. Wochenschr. 1889. 16) festgestellt, dass dieselbe abnimmt, je mehr man einen aus derselben hergestellten Macerationsdecoct im Wasserbade eindampfte. So wirkt ein 2proc. Macerationsdecoct toxisch, wenn man so viel verordnet, dass der Pat. 0·9 Gramm Digitalis nimmt, während man 1·8 Gramm (resp. 3·0) Digitalis geben muss, wenn man dieses Decoct soweit eindampft, dass daraus ein 4proc. (resp. 6proc.) Decoct entsteht.



522. ***Fall von syphilitischem Diabetes*** von **Lemonnier** (de Flers): Ein Zuckerharnruhr-Kranker entleerte trotz zweckmässiger Behandlung monatelang täglich an 2 Liter Harn mit etwa 7 Procent Zucker, bis nach einer antiluetischen Cur, die wegen deutlicher — bis dahin aber geleugneter — Syphilis eingeleitet wurde, auch die diabetischen Symptome völlig schwanden. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 4.)

523. ***Ueber Peptonurie in der Schwangerschaft.*** *Von Dr.* ***Albin Koettnitz*** *in Zeitz. (Deutsch. med. Wochenschr. 1888. 30. — Deutsch. med. Zeitg. 1889. 25.)*

Gestützt auf 3 einschlägige Beobachtungen macht Verf. auf das Auftreten von Peptonurie bei Schwangeren aufmerksam, welche mit dem Absterben und beginnender Maceration der Frucht auftritt und für diesen Zustand charakteristisch zu sein scheint. Da Verf. bei normalem Verlauf der Schwangerschaft niemals Peptonurie nachweisen konnte, falls nicht anderere Erkrankungen der Schwangeren dieselbe bedingten, so will er in dem Auftreten der Peptonurie ein sicheres Zeichen für den Tod der Frucht gefunden haben.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Baumgarten, Dr. P., Professor an der Universität Königsberg. Lehrbuch der pathologischen Mykologie. Vorlesungen für Aerzte und Studirende. 2. Halbband, Lief. 1. Mit 13 grösstentheils nach eigenen Präparaten des Verfassers ausgeführten Original-Abbildungen im Text, davon 3 in Farbendruck, und einer lithographirten Tafel. Braunschweig, Harald Bruhn, 1888.

Gyurkovechky, Dr. Victor v., k. Sanitätsrath. Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz. Wien u. Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.

Heyl Hedwig. Die Krankenkost. Verlag von Carl Habel (Lüderitz'sche Verlagsbuchhandlung), 1889.

Hochenegg, Dr. Julius, erster Assistent an Professor *Albert's* Klinik. Jahresbericht der ersten chirurgischen Klinik des Hofrathes Professor *Albert* in Wien. Schuljahr 1887. Mit 47 Holzschnitten und einer Tafel in Farbendruck. Wien u. Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.

Jaksch, Dr. Rudolf v., a. ö. Professor an der k. k. Universität in Graz. Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. Zweite vermehrte Auflage. Mit 125 zum Theile farbigen Holzschnitten. Wien u. Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.

Königstein, Dr. L., Docent an der Wiener Universität: Praktische Anleitung zum Gebrauche des Augenspiegels für Studirende und praktische Aerzte. Mit 52 Holzschnitten. Wien u. Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.

Uffelmann, Dr. J., Professor u. Vorstand des hygienischen Institutes an der Universität in Rostock. Handbuch der Hygiene. Mit zahlreichen Holzschnitten. Erste Hälfte (Bogen 1—26). Wien u. Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







12

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

524. ***Hypnotische Heilmethode und mitgetheilte Neurosen.*** *Von Dr. **G. Anton**, Assistent der psychiatr. Klinik des Prof. Meynert. (Jahrbücher für Psychiatrie. 1888. Bd. VIII. Heft. 1 u. 2. — Neurolog. Centralbl. 1889. 2.)*

Zur Warnung wird ein Fall mit den classischen Erscheinungen einer hypnotischen Neurose angeführt. Eine Hysterica, die wegen unüberwindlicher Kopfschmerzen wiederholt erfolgreich hypnotisirt wurde, litt darnach an nervöser Schlafsucht, mit häufigen spontan-hypnotischen Zuständen und allen Symptomen eines allgemeinen Erschöpfungszustandes. Das ätiologische Moment (die Hypnose) musste durch eine antihypnotische Behandlung entfernt werden (Isolirung, Bettruhe, Massage, Muskelbeklopfung, Uebernährung, laue Bäder, Bromnatrium etc.). Der Erfolg war wie bei allen chronischen functionellen Nervenaffectionen ein langsamer, aber sicherer. Die Empfänglichkeit für schlafmachende Reize schwand ebenso, wie die Angstzustände und die hallucinatorischen Bewusstseinsstörungen (die nach *Rieger* zu einer dauernden Fälschung des Bewusstseinsinhaltes [Verrücktheit] führen können). An Stelle der illusionären abenteuerlichen Auffassung des Hypnotiseurs und seiner Vornahmen trat eine objective gerechte Beurtheilung ein; der ganze Charakter wurde wieder wie früher gesetzter, gleichmässiger etc. Ueber Nachtheile der hypnotischen Proceduren berichteten auch Andere: *Finkelnburg* (Verfall in spontane hypnotische Zustände), *Wiebe* (vorübergehende psychische Alteration), *Fournier* (hallucinatorische Angst- und Aufregungszustände), *Rieger* (Disposition zu tiefen traumwachen Zuständen und Gefahr des Verfalls in Verrücktheit), *Friedländer* (Selbstbeobachtungen, hochgradiger neurasthenischen Zustand, Angstzustände, Kopfdruck, Schlaflosigkeit etc.). *Anton* sah bei beginnender Hypnose wiederholt das Auftreten hystero-epileptischer Anfälle bei Hysterischen. Auch *Bernheim's* Methode der Suggestion an Wachenden, Befehlsempfänglichkeit etc. hat üble Folgen; *Bernheim* selbst erwähnt, dass die so behandelten Individuen auch im wachen Zustande sich „suggestibles et hallucinables“ zeigten, also wache Befehlsautomaten sowohl dem Hypnotiseur wie Anderen gegenüber wurden. — Zwei Fälle über die übermässige Empfänglichkeit und Inducirbarkeit bei Hysterischen werden berichtet. Die Isolirung schützt am besten davor, dass

bei geeigneten Personen durch den Anblick hysterischer und krampfartiger Zustände ähnliche Erscheinungen auftreten. Es handelt sich da meist um einen Affect, Schreck bei der zweiten Person, und darauf folgende Zwangsnachahmung, Nachahmungsreflex. *Preyer*, der die Nachahmungsbewegungen bei Kindern mit hypnotisirten Nachahmungsautomaten verglich, sieht diese imitativen Bewegungen als ersten Beweis der Functionirung der Rinde an, während *Anton*, auf *Meynert* hinweisend, hervorhebt, dass die Nachahmungsbewegungen, die meist unbewusst erfolgen und durch Absicht, Willkür verhindert werden, schon subcortical einen Mechanismus vorgebildet finden (Nachahmung von Lauten, die durch das Retinabild übermittelten Bewegungen etc.). Endlich wird auf die Aehnlichkeit dieser Nachahmungsbewegungen mit *Friedreich's* „coordinirten Erinnerungskrämpfen" aufmerksam gemacht (Gedächtniss der motorischen Centralapparate).

525. ***Ueber die Functionen des Magens bei Phthisis tuberculosa.*** *Von Pr. Immermann, Basel. (Vortrag, gehalten beim VIII. Congress f. inn. Med. 1889. — Deutsche Med.-Ztg. 1889. 35.)*

Seit *Koch's* Entdeckung hat es nicht an Versuchen gefehlt, direct gegen die Tuberculose gerichtete therapeutische Mittel zu erproben, mit welchem Erfolge, sei dahingestellt. Unterdessen werden die diätetisch-hygienischen Massregeln am rationellsten erscheinen, um die Constitution zu stärken und die Widerstandskraft zu erhöhen. Für die Ernährung besteht oft eine Schwierigkeit darin, dass die vom Arzte geforderte reichliche Diät auf den Widerstand des Patienten stösst. Er hat einen förmlichen Widerwillen und ausserdem nach dem Essen oft lästige Erscheinungen. *Immermann* hat nun Versuche angestellt, um die Ursache der gastrischen Störungen zu ergründen. Die verschiedenartigsten Phthisiker wurden dazu ausgewählt, solche mit beginnender Krankheit und solche aus vorgeschritteneren Stadien, kräftige und cachectische. Da es bekannt ist, dass bei Fieber der Magen seine peptische Fähigkeit modificirt, so wurden auch Kranke mit den verschiedensten Fiebercurven untersucht. Ueber die ersten 25 untersuchten Fälle hat *Schetty* im Deutschen Arch. f. klin. Med. schon referirt, unterdessen hat der Vortragende die Versuche fortgesetzt. Als Zeit wurden die Stunden des Nachmittags gewählt, wo die Arbeit des Magens auf der Höhe steht und zugleich das Fieber am höchsten steigt. Bei 54 Phthisikern, welchen Redner die *Leube*'sche Probemahlzeit reichte, zeigte sich nach 6 Stunden absolute Leere des Magens. Oft fand man bei vollkommen fehlendem Appetit, Molimina, hochgradigem Fieber absolut keine Abweichung von dem Normalen. Eine zweite Versuchsreihe beschäftigte sich mit der Untersuchung von 45 Patienten, die am Morgen eine einfache eiweisshaltige Probemahlzeit erhielten. Auch hier ergaben sich ganz homologe Resultate wie bei den Gesunden. In 85% ergab sich ein Salzsäuregehalt von 1—4‰. Im Allgemeinen stehen die Morgenwerthe der Salzsäure denen der Gesunden wenig nach. Eine dritte Reihe beschäftigte sich mit den peptischen Eigenschaften des ausgeheberten Mageninhaltes am Morgen. Die Untersuchungen wurden nach bekannter Methode mit Hilfe von Eiweissscheibchen angestellt. Resultat: Die Morgens vorhandene Magenflüssigkeit bei Phthisikern wirkt peptisch und

zeigt das gleiche Verhalten wie beim Gesunden. Aus Allem geht hervor, dass, wo bei Phthisis eine echte Dyspepsie gefunden wird, diese nicht ein Attribut der Phthise, sondern eine Complication derselben ist. Wir dürfen bei der Suralimentation dreister sein und brauchen auf die gastrischen Molimina kein grosses Gewicht zu legen, denn sie beweisen nicht, dass die Function des Magens gestört ist. Diagnostischen Aufschluss gibt immer die Magenuntersuchung.

526. ***Ueber Diabetes mellitus mit Rücksicht auf die neu gewonnenen Thatsachen über Zuckerbildung im Thierkörper.*** *Von* **Seegen.** *(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIII. Heft 3 u. 4. — D. med. Wochenschr. 1889. 16.)*

Verf. recapitulirt die Ergebnisse seiner früher publicirten physiologischen Untersuchungen über die Zuckerbildung in der Leber, über die Entstehung des Glycogens und die Beziehungen desselben zur Zuckerbildung. Im Anschluss an diese physiologischen Untersuchungen unterscheidet er 2 verschiedene Typen von Diabetikern: Die Kranken der ersten Art sind gut genährt oder sogar fett, zeigen die bekannten classischen Symptome des Diabetes nur in geringem Grade und behalten ihre körperliche Leistungsfähigkeit. — Die Kranken der zweiten Art zeigen dagegen die classischen Symptome des Diabetes mellitus ganz ausgesprochen, sind sehr abgemagert und muskelschwach. — Die erstere, leichte Form der Krankheit tritt erst im höheren Alter auf, die zweite, schwerere bei Kindern und jungen Leuten. Bei den Kranken der ersteren Art verschwindet der Zucker aus dem Harn, wenn Kohlehydrate aus der Nahrung ausgeschlossen werden, bei den Kranken der zweiten Art ist dies nicht der Fall. Auch die Entstehung des Harnzuckers ist bei diesen beiden Krankheitsformen eine ganz verschiedene: Bei der ersten Form stammt der Harnzucker aus dem Zucker der Nahrung, bei der zweiten Form wird der normal gebildete Leberzucker nicht verbrannt, sondern ausgeschieden. — Die erste Form ist die hepatogene Form des Diabetes mellitus. Bei ihr hat die Leberzelle die Fähigkeit verloren, die eingeführten Kohlehydrate in normaler Weise zu verwerthen. — Bei der zweiten Form handelt es sich um eine Erkrankung des ganzen Organismus, indem ein mehr oder weniger grosser Theil seiner Elemente die Fähigkeit verloren hat, den durch das Blut ihnen zugeführten Zucker umzusetzen. Die Ursache des Diabetes mellitus beider Formen ist dunkel, doch hält Verf. in der Mehrzahl der Fälle Störungen des Nervenlebens für ätiologisch wichtig. Der Diabetes beider Formen ist unheilbar. In therapeutischer Beziehung empfiehlt Verf. die bekannten diätetischen Vorschriften.

527. ***Ueber die lobäre Pneumonie der Kinder.*** *Von* ***Thure Hekström,*** *Stockholm. (Jahrb. für Kinderheilk. 1889. XXIX. 1. — Schmidt's Jahrbb. 1889. 4.)*

In der pädiatrischen Klinik des Prof. *v. Jaksch* in Graz kamen in einem Jahre 30 Fälle von croupöser Pneumonie zur Beobachtung. *Hekström* theilt die Krankengeschichten und Fiebercurven mit und knüpft einige Bemerkungen daran: Der Beginn der Krankheit war immer ein plötzlicher, ein eigentlicher Schüttelfrost wurde



aber nur selten angegeben. Die Entzündung betraf in überwiegender Zahl einen Oberlappen (19mal unter 30 Fällen), und zwar wurde der rechte Oberlappen doppelt so oft befallen, als der linke. Die Oberlappen-Pneumonien verliefen nicht ungünstiger, als die mit anderer Localisirung. Die Krise erfolgte zwischen dem 4. und 10. Krankheitstage meist innerhalb 12 Stunden. In einem Falle trat — bei Kindern eine Seltenheit — ein Recidiv des Processes ein. Sämmtliche Fälle verliefen günstig. Von Complicationen kam 4mal Pleuritis vor; in einem fünften Falle fand sich eine Pleuritis sicca auf der der Affection entgegengesetzten Seite. Ein 6jähr. Mädchen bekam im Beginn der Erkrankung im Gesicht und am Rumpfe ein Erythem, das nach einigen Tagen verschwand. Im Urin, dessen Menge stets, zuweilen ganz beträchtlich, vermindert war, fand sich nur 5mal Eiweiss und 2mal Spuren desselben. Häufig fand sich dagegen Pepton, Aceton und Acetessigsäure. Während letztere bei Erwachsenen einen schweren Krankheitsverlauf anzeigt, kann ihr bei Kindern eine ähnliche Bedeutung nicht beigemessen werden. *v. Jaksch* vermuthet, dass gewisse nervöse Symptome im Verlaufe der Pneumonie mit der Diaceturie im Zusammenhange stehen. Die Therapie war eine möglichst wenig eingreifende. Nur bei sehr hohen Temperaturen wurde Antipyrin und Thallin gegeben. Gegen stärkere Schmerzen bewährten sich stets trockene Schröpfköpfe vorzüglich. Bei heftigem Husten kam Urethan und Antipyrin zur Anwendung; bei Schwächezuständen, die nur selten vorkamen, Alkohol als Stimulans.

528. ***Bemerkungen über die Magenerweiterung und deren Behandlung.*** *Von Dr. **Klemperer**, Berlin. (Vortrag beim VIII. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1889. — Deutsche Med.-Zeitung. 1889. 35.)*

Seitdem die Magenerweiterung durch die Ausspülung ein dankbares Object der Behandlung geworden ist, haben sich auch die Untersuchungen darüber gemehrt. Vortragender benutzte zu den seinigen 17 Fälle aus der *Leyden*'schen Klinik, und zwar nur solche Ectasien, wo keine Stricturen des Pylorus vorhanden waren. Da bei der chemischen Untersuchung des Mageninhaltes erhöhte Acidität gefunden wurde, so hat man angenommen, dass dieser Reiz zur Erweiterung führe, doch bedarf dies noch der Aufklärung. In den vorliegenden Fällen war sie in 8 Fällen herabgesetzt; in 7 Fällen war der Säuregehalt erhöht. Er hat deshalb nähere Untersuchungen über diese Frage vorgenommen. Als Methode benutzte er die von ihm beschriebene, mit Oeleinführung (die *Leube*'sche Probemahlzeit dient sehr gut zur Orientirung). Auf Grund von 200 Untersuchungen kam er zu folgender Annahme: Die Hyperacidität theilt sich in: 1. Hyperacidität mit gut erhaltener motorischer Thätigkeit. Viele Fälle derart zeigen das Bild der nervösen Dyspepsie von *Leube* und führen niemals zur Ectasie, sind wahrscheinlich eine Secretionsneurose; 2. Hyperacidität mit motorischer Schwäche. Aetiologisch kann man diese Art noch unterscheiden in: *a)* entstanden durch Ueberdehnung des Magens, durch Einfuhr grober Speisen und dadurch starken Reiz auf die Drüsen. Aus der motorischen Insufficienz entsteht die Dilatation. Die Saccharificationsfähigkeit des Speichels ist

wahrscheinlich bei der Hyperacidität vermindert; *b)* beruhend auf Anämie und vielleicht Tuberculose. Redner kommt zu dem Resumé: Die Dilatation des Magens geht hervor aus motorischer Schwäche, welche entweder primär ist oder bedingt durch den Reiz abnormer Ingesta. Die Hyperacidität ist nicht als die Ursache der Ectasie zu betrachten. In der Therapie spielt die *Kussmaul*sche Magenausspülung noch immer die wichtigste Rolle; doch ist man sich in neuerer Zeit darüber klar, dass man nicht Alles damit erreichen kann. Sie ist sehr wichtig für die Entlastung des Magens und ist Abends vorzunehmen. Die Kohlensäureaufblähung ist nur für diagnostische Zwecke brauchbar. Eiweisslösungen werden nur in minimaler Weise resorbirt. Eiweisshaltige Nahrung ist daher nicht am Platze. Man braucht sich vor Kohlehydraten nicht zu fürchten; die Gährung ist durch Ausspülungen zu vermeiden. Man gebe dreist alle Stunden fettreiche Nahrung, z. B. Sahne, die 13—30% Fett enthält, alle Stunden $^1/_2$ Tassenkopf = $^1/_2$ Liter pro die = 120% Fett, dazu 70% Eiweiss, indem man Butterbrot hinzufügt. Nachts feuchte Einwickelung. Mechanische Behandlung durch Elektricität. Als Medicament gibt Vortragender Alkohol, besonders Cognac, ferner Amara und Kreosot, welches letztere auch bei phthisischen Dyspepsien so wirksam ist.

529. ***Facialis-Paralyse bei Neugeborenen.*** *Von* ***Stephan.*** *(Revue de méd. 1888. 7. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 3.)*

Verf. berichtet über einen Fall von congenitaler Facialislähmung, der von den bekannten Formen derartiger Lähmungen Neugeborener erheblich abweicht. Bei einer Frau von 32 Jahren besteht seit der Geburt eine vollkommene Paralyse des linken Facialis: völlige Ausdruckslosigkeit, Verstrichensein jeder Gesichtsfalte, Lagophthalmus, häufiger Thränenfluss, der Nasenflügel ist eingesunken, der Mund nach rechts verzogen. Pat. vermag weder zu schnüffeln, noch zu blasen; die Lippenlaute werden etwas auffällig hervorgebracht. Die elektrische Erregbarkeit ist gänzlich aufgehoben, die linke Gesichtshälfte weniger entwickelt, wie rechts. Ausserdem besteht noch ein auffallendes Rechtsstehen der Uvula und des Velum palatin., ferner eine Herabminderung der Gehörsschärfe des linken Ohres auf $^1/_6$ des rechten. Sonst bestehen keinerlei Störungen; Pat. hat auch keinerlei subjective Beschwerden (Essen und Trinken geht gut von statten). In Begriff der Aetiologie sind die bekannten Ursachen einer derartigen Paralyse, wie Druck des Forceps, fehlerhafte Beckenbildung, intraperitoneale Tumoren etc. hier auszuschliessen. Pat. ist das 7. Kind von 8 Geschwistern, deren Geburt durchweg spontan und leicht verlief. Die Mutter war gesund und es besteht keine neuropathische Belastung. Die Betheiligung des Velum, der Uvula und des Gehörs deuten auf eine tiefere Läsion. Die Literatur dieser Fälle ist sehr gering. Ihre Heilbarkeit ist, im Gegensatz zu den anderen Formen, ausgeschlossen.



Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

530. ***Die Behandlung des Lungenemphysems und Asthmas mittelst des Athmungsstuhles.*** *Von Dr.* ***Carl Grunert*** *in Halle. Inaugural-Dissertation.*

Bergmeister *Zoberbier* aus Gera bei Elgersburg, welcher sich nach der *Gerhard*'schen Methode seines Lungenemphysems wegen manuell den Thorax comprimiren liess, construirte sich zu demselben Zwecke den von *Rossbach* später modificirten und empfohlenen Athmungsstuhl. Das Princip desselben geht darauf hinaus, durch am Stuhle angebrachte Hebel und Gurte Druck- und Zugwirkung am Thorax herbeizuführen, wie sie bei forcirter Exspiration die Exspirationsmuskeln erzielen. Durch den Brustpanzer wird der Thorax nach hinten und unten gezogen und durch den Leibgurt wird das Abdomen comprimirt, der intraabdominale Druck erhöht, die Eingeweide drängen gegen das Diaphragma, dies selbst tritt in die Höhe. Die Wirkung des Athmungsstuhles ist nach dem Verf. die, dass die einzelnen Thoraxcompressionen eine ergiebige Exspiration ermöglichen, weil der Rauminhalt bedeutend verkleinert wird, die bisher schlecht ventilirten Alveolen werden vollständiger entleert und es kann bei der nächsten Inspiration mehr sauerstoffhaltige Luft einströmen, ebenso werden bronchitische, verstopfende Secrete ausgepresst. Daher baldige Verminderung der in- und exspiratorischen Dyspnoe. — Die in Folge von Emphysem auftretenden Circulationsstörungen, deren Gang, compensatorische Hypertrophie, später Dilatation des rechten Ventrikels, relative Insufficienz des Tricuspidalis, Stauung durch den Vorhof, die Venen, Capillaren bis in die Arterien, Stauungshyperämie in den Lungen, kennzeichnen sich bekanntlich durch übernormale Stärke des 2. Pulmonaltons. Unter der Behandlung mit dem Athmungsstuhl nahm nach 3—6wöchentlicher Beobachtung bei 3 daraufhin genau überwachten Patienten der 2. Pulmonalton ab; also war die Ueberfüllung im Lungenkreislauf vermindert. Ferner nahm der 1. Mitralton zu, als Beweis zur Kräftigung der Herzmuskel. — Ein weiterer Vortheil war die beträchtliche Besserung oder gänzliche Heilung des chronischen Bronchialcatarrhs der auf dem Athmungsstuhl behandelten Emphysematiker. Die Hustenanfälle besserten sich sehr, wurden lockerer, Schlaf ungestörter, Asthma oft theilweise oder ganz beseitigt. In der Klinik beobachtete und genau analysirte Fälle erläutern das Ganze und es dürfte geboten sein, die Heilmethode sorgfältig zu erproben. *Hausmann*, Meran.

531. ***Ein Taschenfläschchen für Hustende.*** *Von Dr.* ***Dettweiler,*** *Falkenstein. (Demonstration am VIII. Congress. f. inn. Med. 1889. — Deutsche Med.-Ztg. 1889. 35.)*

Die Gefährlichkeit des Phthisikers, der nach *Cornet* unreinlich spuckt, ist nach den Untersuchungen des Letzteren unbestreitbar. Der Phthisiker bringt an sich keine Gefahr, sobald für die rechtzeitige Entfernung, resp. Desinfection des Auswurfes gesorgt wird. Die vorhandenen Spucknäpfe genügen nicht, sie sind in den Wohnräumen kaum sichtbar. Bei den conservativen



Holländern steht häufig noch ein kleiner Spucknapf zu allgemeinem Gebrauche auf dem Tisch. Sonst aber wird das Taschentuch zu dem Zwecke gebraucht. Es muss eine kleine Revolution in dieser Beziehung geschaffen werden; ein Kampf gegen das Taschentuch ist zu beginnen. Vortragender hat ein von *Nölle* in Lüdenscheid fabricirtes blaugefärbtes Glasfläschchen mit zwei Oeffnungen und 85 Ccm. Inhalt anfertigen lassen. Er zweifelt nicht, dass mit Hilfe der Aerzte, mit Hilfe auch der Presse, das Fläschchen allgemein eingeführt und das Taschentuch auf seinen ursprünglichen Zweck, Nasentuch zu sein, zurückgeführt wird. Der Preis des Fläschchens beträgt vorläufig 1·50 M. Er selbst werde die ausgebreitetste Agitation für das Fläschchen insceniren. *Cornet*, Reichenhall, unterstützt den Vortragenden. Den Arzt, der es versäumt, den Phthisiker auf die Gefährlichkeit seines Auswurfes aufmerksam zu machen, trifft ein ebenso grosser Vorwurf wie denjenigen, welcher den Tripperkranken nicht warnt, das Secret in die Augen zu bringen.

532. ***Einige Bemerkungen über die Bierhefe als Heilmittel.*** *Von Geh. Rath Dr.* **C. Mettenheimer.** *(Deutsch. Med.-Zeitung. 1889. 34.)*

Die von *Heer* mitgetheilten Erfahrungen über die Heilwirkungen der Hefe verdienen die Beachtung der Aerzte. Schon in älteren Zeiten wurde die Bierhefe äusserlich und innerlich angewandt, sie galt für ein tonisches und antiseptisches Mittel in typhösen Fiebern und wurde von älteren englischen Aerzten als gelindes Abführmittel benützt, ferner als fäulnisswidriges desodorirendes Mittel bei offenen übelriechenden Geschwüren; auch die Pharm. Londina enthielt früher Vorschriften zur Anwendung der Hefe. Verf. theilt Beispiele von der gelinde eröffnenden Wirkung der Bierhefe mit, doch zeigt sie auch die entgegengesetzte, die Verdauung regulirende Wirkung, durch welche schweren catarrhalischen Zuständen des Darmcanals ein Ende gesetzt wird. Eine 30jährige Frau hatte eine Infiltration der linken Lungenspitze, Heiserkeit, hier und da Blutspucken, Ulceration des Kehlkopfes, erschöpfende Diarrhöen, schliesslich Tod durch Laryngophthise. Als die Diarrhöe bei schon weit vorgeschrittener Erkrankung eintrat, liess Verf. die Patientin täglich 3—4 Esslöffel Bierhefe nehmen. Das Mittel wurde gut vertragen, die Diarrhöe wurde gestillt. Mindestens 14 Tage lang wurde das Mittel mit demselben Erfolge genommen. Die Dosis von 1 Esslöffel bei Kindern, besonders den ganz kleinen Kindern, ist im Allgemeinen gross und erregt entweder Widerwillen oder wirkt als Abführmittel. Wenigstens möchte Verf. für Versuche mit dem Mittel empfehlen, bei kleinen Kindern mit häufigeren Gaben von 1 Theelöffel zu beginnen und später erst zu grösseren Gaben überzugehen. Indessen nehmen auch kleinere Kinder manchmal Gaben von 1 Esslöffel gern und mit entschiedenem Nutzen. Die Dosis, die man geben muss, will nach Verf. im einzelnen Fall studirt sein. „Mich erinnert,“ sagt Verf., „die Wirkung der Bierhefe auf den Darmcanal einigermassen an das, was man bei längerem innerlichen Gebrauch des Höllensteins beobachtet. Mit Recht gilt die Wirkung des Höllensteines als eine wesentlich adstringirende; nichtsdestoweniger kann man sich



überzeugen, dass bei manchen Formen der Obstruction, insbesondere solchen, die mit Lähmungszuständen in Verbindung stehen, der innere Gebrauch des Höllensteins den Patienten zum Stuhlgang verhilft, bis zu dem Grade, dass derselbe sich ganz regelmässig einstellt, so lange das Mittel gegeben wird. Die Bierhefe wirkt im Gegentheil vorwiegend mild eröffnend; sie kann aber auch Darmcatarrhe stillen, beschränken und sogar den colliquativen Diarrhöen herabgekommener Phthisiker Einhalt gebieten. Es gibt übrigens auch Fälle, in denen die Hefe so leicht abführend wirkt, dass man besser thut, sie gar nicht weiter gebrauchen zu lassen."

533. ***Behandlung der Chlorose.*** *Von Dr.* ***Huchard.*** *(Rev. gén. de chir. et de thérap. 1889. 8.)*

Zeigt sich das Eisen bei Chlorose nicht wirksam, so ist es unzweckmässig, die Dosis zu erhöhen. Zu viel Eisen kann gastrische Störungen hervorrufen. Verf. gibt das Eisen nach folgender Formel:

Rp. *Cret. lavig.*
Pulv. caff. tost.
„ *rhab. aa 0·20*
Limat. ferri 0·05
Dent. tales doses Nr. X.

Vor jeder Mahlzeit ein Pulver zu nehmen. Man kann, wenn Gastralgien bestehen, 1 Cgr. Opium hinzufügen oder 1 Cgr. Extr. nuc. vom., wenn Neigung zu Meteorismus vorhanden, auch Opium und Nux vomica zugleich. Chlorotische nehmen gern Essig, er soll nicht verboten werden, da er die Magensecretion anregt; statt des Essigs kann man auch Salzsäure geben. Weicht die Chlorose der Eisenbehandlung nicht, dann soll man Arsen- und Manganpräparate anwenden. Verf. gibt Arsen in folgender Weise:

Rp. *Extract. Chinae*
„ *Gentian. aa 10·0*
Natr. arsen. 0·10
Glycer. q. s. ut f. pill. Nr. 100.

Vor jeder Mahlzeit 2 Pillen durch 6 Wochen zn nehmen. Wenn Anorexie besteht, kann man der Formel 1 Grm. Extr. nuc. vom. hinzusetzen. *Huchard* gelangte manchmal mit Mangan zum Ziel, wenn Eisen und Arsen in Stich liessen. Er verschreibt:

Rp. *Carbon. ligni.*
Mangan. bioxyd. aa 5·0
Colomb. pulv.
Extr. nuc. vom. aa 0·50

für zwei Dosen. Vor jeder Mahlzeit eine Dosis bei Chlorose mit flatulenter Dyspepsie; oder

Rp. *Mangan. lact.*
Extr. Gent. aa 5·0

für 50 Pillen. Bei Beginn jeder Mahlzeit 2 Pillen zu nehmen.

534. ***Morbus Basedowii, Verschwinden der Struma durch Jodinjection.*** *Von Dr.* ***Thyssen.*** *(Progr. méd. 1889. 4. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1889. 5.)*

Bei einer 30jähr. Frau, deren Mutter ebenfalls an Morbus Basedowii litt, trat der gewöhnliche Symptomencomplex dieser



Krankheit auf. Die Kranke wollte von dem Kropfe, durch welchen sie sich in gesellschaftlicher Beziehung sehr belästigt fühlte, um jeden Preis befreit werden, und nachdem die innerliche Verabreichung von Jod keinen Erfolg hatte, entschloss sich Verf., Jodinjectionen in die Struma zu machen. Er injicirte im Verlaufe von zwei Monaten 22mal reine, frisch bereitete Jodtinctur. Er fing mit der Hälfte einer *Pravaz*'schen Spritze an, auf beide Seiten injicirt, stieg bald auf 3/4 Spritze und später wurde eine ganze Spritze in je einen Lappen unter antiseptischen Cautelen injicirt. Die Reaction war eine geringe. Während dreier Wochen blieb der Zustand stationär, nach einem Monate fing der Tumor an abzuschwellen; die Behandlung wurde wegen Abreise der Kranken nach 22 Injectionen unterbrochen; aber der Tumor bildete sich weiter zurück bis zur Grösse einer Nuss. Mit dem Schwinden der Struma besserte sich auch der Allgemeinzustand der Kranken.

535. ***Zimmerboot.*** *Von Dr.* ***L. Ewer****, Berlin. (Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechn. 1889. 2. — Deutsche Med.-Zeitg. 1889. 22.)*

Um die gymnastische Uebung des Ruderns auch im Zimmer zu ermöglichen, hat *Ewer* ein Boot hergestellt, bei dem der elastische, allmälig zu überwindende Widerstand des Wassers durch den der Luft ersetzt wird. In Messingröhren bewegen sich luftdicht schliessende Kolben, deren Führungsstangen mit den Ruderhebeln in Verbindung gesetzt sind. Bei jedem Anziehen derselben wird die Luft unter dem Kolben verdünnt. Durch eine Vorkehrung, welche die Luft unter die Kolben treten lässt, kann man den Widerstand beliebig vergrössern oder verringern. Es ist möglich, die geleistete Kraft zu berechnen.

536. ***Beiträge zur Wirkung des Glycerins als Abführmittel.*** *Von Dr.* ***Carl Ullmann****. (Centralbl. f. Therapie. — J.-R. des med.-chir. Centralbl. 1889. 5. 69.)*

Verabfolgt wurde Anfangs blos ein Clysma, später zwei, selbst drei jener der *Oidtmann*'schen ähnlichen 3 Cm. fassenden, vom Instrumentenmacher *Rainer* angefertigten Kautschuk-Glasspritzen voll reinen Glycerins, das, aus der Spitalsapotheke bezogen, bei wiederholten Versuchen sich stets als vollkommen rein und säurefrei, d. h. neutral reagirend erwies. Mit Vorliebe wählte Verf. Fälle, bei welchen die Obstipation mindestens drei oder über drei Tage dauerte; zwölf Tage war das Maximum. Nach den Ergebnissen von 226 Beobachtungen muss Verf. dem Glycerin eine Wirkung auf den Darm zugestehen, die für jene Fälle, wo es besonders darauf ankommt, den Mastdarm zu entleeren, eine grössere Sicherheit als alle anderen bisher bekannten, auf die Mastdarmschleimhaut local angewendeten Mittel bietet, ohne besonders unangenehme Sensationen oder aber objectiv wahrnehmbare Veränderungen zu erzeugen. Die Wirkung des Glycerins entstammt keineswegs seiner Eigenschaft als Lenitivum oder Eccoproticum und man darf dieselbe nicht der Wirkung der fetten Oele gleichsetzen. Indifferent scheint dieser Reiz, namentlich oft angewendet, keineswegs zu sein; dagegen spricht auch die starke, mikroskopisch nachweisbare, epitheliale Abschilferung der Schleimhaut, vielmehr haben wir es wohl mit einem specifischen Reize zu thun. Wenn es sich darum handelt,



sei es vor Operationen, Anlegen von Verbänden, Entbindungen, ärztlichen Rectal- oder Vaginalindigationen, vor dem Schlafengehen (besonders bei Spermatorrhoea nocturna) das Rectum sehr rasch zu entleeren, wenn es ferner gilt, bei irgend welchen Raumbeschränkungen des Abdomens, namentlich ohne besonderes Hinzuthun (Pressen) der Kranken, z. B. bei schweren inneren Blutungen, Hämoptoe, schmerzhaften Affectionen des Abdomen, bei denen die Vermehrung der gesammten Darmperiastaltik in der Regel auch den Schmerz vermehrt, den Darm zu entleeren, oder wenn eine Lageveränderung des Kranken, wie sie eben bei manchen stuhlbefördernden Proceduren nothwendig ist, vermieden werden soll, dann wirkt ein derartiges Mikroclysma rascher und angenehmer, also relativ besser als jedes andere Clysma, selbst manches innere Abführmittel, aber nur dann, wenn es sich um Darminhalt im Rectum handelt. Ist dies nicht der Fall, dann wird es eben auch in diesen Fällen nicht zuverlässig wirken. Handelt es sich jedoch um Kothstauung, die von vorneherein im oberen Abschnitte des Darmtractes oder vorwiegend in diesem zu localisiren ist, handelt es sich z. B. um Entfernung krankhafter zersetzter Massen im Dünndarme oder in den oberen Partien des Dickdarmes oder um die Entfernung grösserer Gallensteine, Kothsteine etc., dann hat das Glycerin gar keinen Vorzug vor anderen Abführmitteln, ja es steht ausgiebigen Clysmen, Irrigationen oder den verschiedenen inneren Abführmitteln an Wirksamkeit nach. Ulceröse Processe im Rectum, entzündliche schmerzhafte Affectionen in dessen Umgebung — bei acuter Prostatitis, Cystitis und ähnlichen Processen — lassen seine Anwendung auch wegen der dadurch bedingten Schmerzsteigerung nicht räthlich erscheinen. Bei habitueller Stuhlverstopfung kann es nur symptomatisch, niemals als stuhlregelndes Mittel angewendet werden, und es hat hier nur die Raschheit der Wirkung vor anderen Mitteln voraus. In solchen Fällen versagt es jedoch manchmal.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

537. ***Beitrag zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Tamponade des Cervix mit Jodoformgaze.*** *Von Dr. **Franz Torggler** in Innsbruck. (Original-Mittheilung.)*

Durch ein Referat der *Doelger*'schen Arbeit in diesen Blättern *), auf *Hofmeier's* Vorschlag behufs Erzielung von Wehen den Cervix mit Jodoformgaze zu tamponiren, aufmerksam gemacht, wandte ich diese Methode um so lieber an, als dieselbe den beiden Kriterien, nach denen allein der Werth hierhergehöriger Operationsmethoden geprüft und beurtheilt werden darf, nämlich nach der Sicherheit der Wirkung und nach ihrer Gefahrlosigkeit vollkommen zu entsprechen schien. Freilich neu an der Methode ist nur das angewandte Material, die Jodoformgaze, denn die Dilatation des Mutterhalses zur Erregung von Wehenthätigkeit wird schon seit Langem in der mannigfachsten Weise vorgeschlagen und ausgeführt, sei es durch Quellmittel (Pressschwamm, Laminaria, Tupelo) nach *Brünninghausen* (1820), *Siebold*, *Kluge*, *Wilson*, *C. Braun*,

*) Heft 8, 15. April 1889.

sei es durch besondere Dilatationsinstrumente von *Mauriceau*, *Osiander*, *Busch*, *Mende*, *Krause* und *Ellinger*, oder durch Thier-, resp. Kautschukblasen von *Wahlbaum* (1849), *Schnakenberg*, *Barnes*, *Tarnier*, *Desgrandes*, *Greder*, *Mäurer*, *Champetier de Ribes*. Die grosse Zahl dieser Vorschläge, sowie das fortwährende Wiederkehren derselben, mag Beweis genug sein, dass man im Principe dieser Operationsmethode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt am meisten zugethan ist, da selbe, eine allmälige Erweiterung des Muttermundes mit Schonung der Blase bewirkend, dem natürlichen Verlaufe einer Geburt am ehesten entspricht. Doch haben die vielen Schattenseiten, und die grösste davon blieb immer die Infectionsgefahr, aufgefordert, Verbesserungen besonders nach der Gefährlichkeit der Methode hin, anzustreben. In der Jodoformgaze glauben nun *Hofmeier-Doelger* das Mittel gefunden zu haben, womit nicht nur gute Wirkung, sondern auch ungefährdeter Verlauf gesichert sei. Nachdem mir ein diesbezüglicher Fall eine Schattenseite dieses neuen Vorschlages zeigte, so fühle ich mich veranlasst, auf dieselbe die Fachgenossen aufmerksam zu machen. Vorerst mögen kurz die Geburtsgeschichten der beiden beobachteten Fälle mitgetheilt werden.

Fall I. Frau R. G., 26jährige IIpara. Vom ersten Kinde wurde sie vor 4 Jahren durch Perforation entbunden; das Wochenbett nahm in Folge Puerperalfiebers einen langwierigen Verlauf. Einfaches plattes Becken mit folgenden Maassen: Sp. 24·0, Cr. 28·0, Tr. 30·5, Conj. ext. 17·5, Conj. diag. 9·5, C. vera 8 Cm. Dem dringenden Wunsche der Eltern nach einem lebenden Kind nachkommend, wird circa in der 35.—36. Woche der ohne Beschwerden abgelaufenen Schwangerschaft behufs Einleitung der Frühgeburt in den für knapp einen Finger permeablen und beiläufig 4 Cm. langen Mutterhals mittelst Sonde durch das *Bandl*'sche Speculum ein Streifen 10%-Jodoformgaze eingeführt. Zwei Stunden später gute Contractionen, nach 6 Stunden ist der Cervix nahezu verstrichen; Gaze entfernt, Wehenthätigkeit lässt nach und cessirt allmälig ganz, daher werden nach vierstündiger Pause 2 Jodoformstreifen eingelegt, worauf die Eröffnung des Orificiums stetig vorwärtsschreitet. Vierzehn Stunden nach Einlegen des ersten Streifens springt bei nahezu verstrichenem Muttermunde die Blase und $1\frac{1}{4}$ Stunde darauf erfolgt die Geburt eines lebenden Knaben (46 Cm., 2700 Grm.) in II. Schädellage. Wochenbett vollkommen normal, Kind gedeiht bei künstlicher Ernährung.

Fall II. C. D., 36jährige VII para. Die vorausgehenden Geburten waren sämmtlich sehr langwierig, grösstentheils erheischten sie operatives Einschreiten, dabei acquirirte die Frau einmal einen grossen Dammriss, ein anderes Mal eine Blasenscheidenfistel, welche Defecte operativ geheilt wurden. Grosse, vollkommen gesunde, mässig genährte Brünette mit allgemein verengtem Becken (Sp. $25\frac{1}{2}$, Cr. $28\frac{1}{2}$, Tr. 30, Conj. ext. 19, Conj. vera $8\frac{1}{2}$ Cm.); Orif. ext. bequem für 1 Finger offen, Canal 3 Cm. lang; lebende Frucht in I. Schädellage, Kopf nach links abgewichen. Am 6. Mai wird um 9 Uhr Früh ein Jodoformgazestreifen in den Cervix (nach genauer Desinfection der Scheide und des Cervicalcanals mit Sublimat) eingelegt, 12 Uhr Mittags die ersten Wehen, die mit einer Pause von 3—6 Uhr Abends bis 9 Uhr Früh anhielten. Entfernung der Gaze, Muttermund für 3 Finger offen. Am 7. Mai, Nachmittags 3 Uhr, wird neuerdings ein Streifen eingelegt, der Wehen von 6—12 Nachts auslöste. Am 8. Früh klagt Pat. über allgemeines Unwohlsein, Kopfschmerzen und



leichten Brechreiz, dabei normale Temperatur. Nach Entfernung des Streifens zeigt sich der Muttermund wenig weiter, Kopf aber im Beckeneingange leicht fixirt. Nachdem das Allgemeinbefinden wieder normal war, wird am 9. Nachmittags $^1/_2$4 Uhr neuerlich der Muttermund mit Jodoformgaze tamponirt (2 Streifen); die Nacht durch ziemlich heftige Uteruscontractionen. Am 10. Nachmittag ist das Orificium für 4 Querfinger offen, Pat. klagt aber seit einigen Stunden wiederum über beginnenden Brechreiz, Abgeschlagenheit des ganzen Körpers, grosse Schläfrigkeit, Appetitlosigkeit, höchst unangenehmen Geschmack nach Jodoform, kurz deutlich alle Symptome einer Jodoformintoxication. In Berücksichtigung dieses Umstandes entfernte ich die Gaze; Frau erholte sich unter entsprechender Behandlung vollkommen. Wehenthätigkeit ganz erloschen. Die beiden nächsten Tage wurde zur Schonung der Gebärenden keinerlei weiterer Eingriff vorgenommen, erst am 13. Mai um $^1/_2$11 Uhr Mittag führte ich unter antiseptischen Cautelen eine elastische Bougie in die Gebärmutter ein. Rasch stellten sich starke Wehen ein, Abends 8 Uhr Muttermund vollständig verstrichen, Blase muss gesprengt werden, $^1/_4$ Stunde darauf spontane Geburt eines lebenden Mädchens von 45$^1/_2$ Cm. Länge und 2600 Gm. Gewicht. Puerperium afebril, Kind wird von der Mutter gesäugt.

Wenn nun auch obige Fälle zeigen, dass durch Tamponade des Cervix in verhältnissmässig kurzer Zeit gute Wehen ausgelöst werden, dass die Methode also als sicher in ihrer Wirkung bezeichnet werden kann, wozu noch als weitere Empfehlung derselben die überaus leichte und allerorts mögliche Ausführbarkeit dazukommt, so kann ich andererseits auf Grund des letzten Falles nicht für ihre absolute Gefahrlosigkeit einstehen. Trotzdem meine Patientin mit keiner Idiosynkrasie gegen Jodoform behaftet ist — denn sowohl bei der Fisteloperation und der Colpoperineoplastik (1884), als auch bei einer später (1886) an ihr vollführten Laparotomie kam Jodoform in Anwendung und wurde anstandslos vertragen — stellte sich bei der Tamponade mit Jodoformgaze Intoxication ein. Die Jodoformmenge der 4 eingeführten zehnprocentigen Streifen von je 6 Cm. Breite und 50 Cm. Länge ist wohl nur eine geringe, wenn auch zugegeben werden muss, dass die Streifen etwas lange — in Summe 66 Stunden während 5 Tage — liegen geblieben sind. Jedenfalls fordert diese Beobachtung zur Vorsicht bei Anwendung der sonst ausgezeichneten und anzuempfehlenden Methode auf, sei es, dass die Jodoformgaze nicht länger als 6—12 Stunden liegen bleibe, sei es, und das würde ich für künftige Fälle vorziehen, dass anstatt der Jodoformgaze die unschädliche Salicylgaze zur Tamponade des Cervix behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt verwendet werde.

538. ***Zur toxischen Wirkung des Cocaïns.*** *Von Prof. Dr.* ***A. Wölfler*** *in Graz. (Wiener med. Wochenschr. 1889. 18.)*

Zur Wahrung des Werthes der Cocaïninjectionen macht Verfasser zunächst darauf aufmerksam, dass dieselben auch bei entzündlichen Processen (wie bei Panaritien, Furunkeln, Phlegmonen) verwendet werden können, wenn man dabei nur so vorgeht, wie dies auch *v. Hochstetter* unlängst empfohlen hat, dass man zunächst nur die Spitze der Canüle in das entzündete Gewebe einsticht, hierauf einen Tropfen injicirt und sodann die Canüle im anästhetischen Gewebe vorwärts schiebt. Auf Grund eigener und fremder Beobachtungen zieht *Wölfler* den Schluss, dass die Disposition für



die Vergiftung an der Schädeloberfläche, im Gesichte und in den angrenzenden Höhlen eine weitaus grössere sei, als bei Anwendung dieses Mittels an anderen Körperstellen. Er stellt sich vor, dass das Cocaïn, welches im Gesichte injicirt wird, auf das Gehirn viel unmittelbarer und unvermittelter wirkt, als wenn dasselbe in Gegenden einverleibt wird, welche vom Gehirn weiter entfernt liegen. So ferne liegt dieser Gedanke nicht, seitdem man weiss, dass z. B. Eisenchlorid, an irgend einem Theile der Extremitäten eingespritzt, fast niemals schädlich wirkt, während dasselbe, im Gesichte injicirt, nicht selten zur Entstehung von gefährlichen Hirnembolien Veranlassung gibt. Es geht aus all dem hervor, dass man bei kleinen Operationen an den Extremitäten oder am Rumpfe mit aller Beruhigung ein Gramm einer 5procentigen Lösung injiciren kann, während im Gesichte, mit Einschluss der Mund- und Rachenhöhle, und an der behaarten Kopfhaut nie mehr als 2 Centigramm verwendet werden sollten. *Loebisch.*

539. ***Ueber die secundären, d. i. nach Eingriffen am Peritoneum auftretenden Darmverschliessungen.*** *Von* **A. Obalinski.** *(Berliner klin. Wochenschr. 1887. 12. — Przeglad lekarski. 1889. 6.)*

Gegenüber der von *Dembowski* im „Archiv für klinische Chirurgie", Bd. 37, ausgesprochenen Ansicht, dass die secundären, den vorhergehenden Laparotomien folgenden Darmverschliessungen lediglich dem Operateur zu Schulden gerechnet sein müssen — indem bei solchem Eingriffe eine künstliche Knickung oder Achsendrehung des Darmes stattfindet — betrachtet *Obalinski* dieselben als Folge einer entzündlichen Reizung der Darmwände, welche sich durch Hervorziehen der Darmwände während der Operation entwickelt. Aus eigener Praxis kann *Obalinski* unter 86 Laparotomien kaum über 3 Fälle von secundärer Darmverschliessung, die durch eine wiederholte Operation beseitigt sein müsste, berichten. Eine Verzögerung der secundären Operation bringt dem Patienten absolut Schaden. Einige diesbezügliche Thierexperimente belehrten den Verfasser, dass die Einführung wässeriger Flüssigkeiten in die Bauchhöhle die Entstehung von Adhäsionen gar nicht beeinflusst, wogegen Traumen, wie z. B. Cauterisation der Darmwand, ohne Verwachsungen heilen können. *Karliński.*

540. ***Ueber Zungenkrebs behandelt in Guy's Hosp. 1883 bis 1887.*** *Von* **Pennel.** *(Guy's Hosp. rep. 1888. Vol. XLV. — Centralbl. f. Chir. 1889. 18.)*

Unter Zugrundelegung von 76 in *Guy's* Hospital behandelten Fällen erörtert Verf. für die Beurtheilung des Zungenkrebses wichtige Einzelheiten. Von den 76 entfielen 67 auf das männliche und 9 auf das weibliche Geschlecht; das Durchschnittsalter betrug für ersteres $54^1/_2$, für letzteres 46 Jahre. Unter den ursächlichen Momenten scheinen syphilitische Leiden nur insofern von Belang, als durch dieselben ein chronischer Reizzustand des Organes hervorgerufen wird, im Uebrigen entwickelt sich aus einem specifischen Geschwüre das Carcinom nicht häufiger als aus jedem anderen; nur einmal schien sich das Epitheliom direct aus einem ulcerirten Gumma gebildet zu haben. Bei 35 von 122 Fällen spielten schadhafte Zähne nachweislich eine causale



Rolle. Die ersten Symptome waren von $^2/_3$ der Kranken seit längstens 1 Jahre, meistens seit etwa $^1/_2$ Jahre bemerkt worden, von den Uebrigen dagegen seit 4—5 Jahren, d. h. es muss für diese Fälle das längere Bestehen eines präcancerösen Leidens angenommen werden. Drüsenschwellungen fanden sich öfter bei erst kürzlich Erkrankten oder fehlten gegentheils auch nach langer Dauer. Drüsenkrebse wurden recht oft beobachtet, auch wenn keine Anschwellungen bei der Operation gefunden waren, und werden dieselben dann meistens zur directen Todesursache. Prognostisch ist das frühzeitige oder gekreuzte Erscheinen angeschwollener Drüsen wichtig, insofern es auf tiefe oder die Mittellinie überschritten habende Erkrankung hindeutet; in ähnlicher Weise ist auch der Grad von noch vorhandener Beweglichkeit der Zunge beachtenswerth. Die Behandlung anlangend, verwirft Verf. die mittelst des Ecraseurs oder der Glühschlinge. Von 26 mit der letzteren Operirten starben 9 (34%), 7mal kam es zu stärkeren Blutungen, 8mal erfolgten Nachblutungen, und recht oft wurden ausgedehntes Gangränesciren und schwere Lungenaffectionen beobachtet. Die besten Resultate liefert *Whitehead's* Operation. Werden alle nicht ganz reinen Fälle ausgeschlossen (d. h. diejenigen, wo neben der Ausschneidung mit der Scheere, Tracheotomie, Unterbindung der Linguales etc. angewandt wurden), so bleiben 41 Fälle, von denen 35 genasen. Betrifft die Krankheit das hintere Drittel der Zunge, so ist der Zugang durch Spaltung der Wange herzustellen. Sehr empfehlenswerth ist es, nach Spaltung der Zunge in der Längsrichtung, Lösung derselben von dem Kieferrande und querer Durchtrennung der „Rinde" der Zunge central von der Geschwulst, mittelst einer Hohlsonde das „Marklager" des Organes zu zerreissen, bis die Arteria lingualis in der Continuität freigelegt ist und gefasst werden kann *(Jacobson, Guy's* Hosp. Operateur). Unter den Todesursachen erscheinen in erster Linie die Erkrankungen der Lungen; von 99 Operirten erlagen denselben 23, demnächst fortschreitende Phlegmonen, die indess vorzugsweise nur nach complicirterem Verfahren (Tracheotomie, Drüsenexstirpationen) beobachtet wurden. Zur Nachbehandlung diente Bepinselung mit Jodoformcollodium und Aufbinden eines mit Jodoform geschwängerten Schwammes auf die Wundfläche.

541. ***Der Werth der Hysterorraphie (Ventrofixatio uteri reflexi) bei der Behandlung der retroflectirten Gebärmutter.*** *Von **Charles Caroll Lea** in New-York. (The Americ. Journ. of Obstetr. December-Heft 1888, pag. 124.)*

Die Ventrofixation des retroflectirten Uterus (mittelst der Laparotomie und des Annähens des Fundus uteri an die rückwärtige Wand der vorderen Bauchdecken) ist nur dann vorzunehmen, wenn die Retroflexion des Uterus unerträgliche Beschwerden bereitet, das Pessarium nichts nützt, die Retroflexion eine fixirte ist und die *Thure Brandt*'sche Massage-Behandlung zu keinem Ziele führt. Je nachdem die Uterus-Adnexen — Ovarien und Tuben — erkrankt sind oder nicht, werden sie bei vorgenommener Trennung der Adhäsionen des Uterus mit entfernt oder nicht. Ist dagegen der retroflectirte Uterus nicht fixirt, so nehme man die *Alquié-Alexander*'sche Operation — die operative

Verkürzung der Ligamenta rotunda, wobei die Bauchhöhle nicht eröffnet zu werden braucht — vor. Zur Fixation des Uterus bediene man sich der Seide, nicht des Catguts, welches zu rasch resorbirt wird, bevor der Uterusfund noch gehörig angelöthet ist und ebenfalls nicht des Silberdrahtes, da dieser zu stark drückt. Bei Kranken, die nicht mehr menstruiren, kann man die Tuben mit in die Ligatur fassen. Man ziehe die Fäden nicht durch den Fundus uteri, da man sonst zuweilen dadurch eine Blutung erzeugen kann, sondern beiderseits durch das Anfangsstück des Ligamentum latum, knapp am Uterus, wobei man das Ligamentum teres mitfassen kann. Die Lösung der Adhäsionen des fixirten Uterus nehme man nur mit den Fingern vor. Nicht zweckmässig ist es, nur eine einseitige Fixation vorzunehmen, da der Uterus, weil zu wenig fixirt, wieder zurücksinken kann. *Charles Caroll Lea* operirte vor nicht Langem sechs Fälle. Fünf derselben wurden dauernd geheilt. In einem Falle, in dem der Uterus nur einseitig fixirt worden war, weil sich das eine geschrumpfte Ligamentum latum nicht vorziehen liess, sank der Uterus nach langer Zeit wieder nach hinten um, wodurch der Operationseffect zu nichte wurde. *Kleinwächter.*

542. ***Ein Mittel, die Ausstossung der Placenta zu beschleunigen.*** *Von* ***G. Tournay,*** *Brüssel. (Journ. d'accouch. 1888. 12. — Centralbl. f. Gynäkol. 1889. 17.)*

Verf. empfiehlt, die Kreissende nach der Geburt des Kindes sich einige Zeit in Rückenlage ausruhen zu lassen. Hat sich dann der Geburtshelfer überzeugt, dass die Placenta sich gelöst hat und im unteren Uterinsegment, resp. der Vagina liegt, so soll jene sich aufrichten und ohne grosse Anstrengung pressen. *Tournay* erprobte dies Verfahren bei mehr als 200 Fällen in der Brüsseler Entbindungsanstalt. Nach durchschnittlich 15—25 Minuten wurde die Nachgeburt (unter 100 Fällen 30mal) spontan ausgestossen. Verf. warnt davor, zuvor den Uterus durch Reiben zu Contractionen anzuregen. Er huldigt also im Wesentlichen dem exspectativen Verfahren. Verf.'s Ausführungen pflichtet Prof. *Fritsch* (Breslau), wie er dem vorstehenden Referate *Graefe's* (Halle) hinzugefügt, nicht bei, da er mit der abwartenden Methode schlechte Erfahrungen gemacht habe; vor jedem Pressen der Wöchnerin behufs Ausstossen der Nachgeburt warnt er.

543. ***Ueber das kyphotische Becken.*** *Von Prof.* ***Gustav Braun,*** *Wien. (Wien. klin. Wochenschr. 1888. 34. — Deutsche med. Zeitg. 1889. 33.)*

Verf. berichtet über einen Fall von Kyphose der Lumbosacralwirbelsäule, den er in seiner Klinik beobachtete und der die Ansicht *Freund's* zu bestätigen scheint, wonach das mit Bewahrung des kindlichen Charakters zu normaler oder subnormaler Grösse erwachsene Becken eine Kyphose der Dorsal- oder Lumbalwirbelsäule nach sich zieht. Dieser Fall betrifft eine 21jährige Ipara, die frühzeitig laufen gelernt hatte und stets gesund gewesen war. Die Kyphose, deren Scheitel dem Proc. spinos. des 3. Lendenwirbels entspricht, reicht vom 1. Lendenwirbel bis zum oberen Theil des Kreuzbeines, dessen hintere Fläche von hinten oben nach vorn unten gerichtet ist. Die Proc. spinos. sind vollzählig. Im unteren Theile der Brustwirbelsäule besteht eine leichte

compensatorische Lordose. Die Kyphose hatte sich im Anschluss an einen Sturz von einer 12 Stufen hohen, steilen Treppe im 5. Lebensjahre entwickelt. Das Becken hatte mittlere Grösse, geringe Neigung zum Horizont, flache Darmbeine, wenig gekrümmte Darmbeinkämme und harte gracile Knochen. Der Beckeneingang ist längsoval, der Querdurchmesser desselben nicht wesentlich verkürzt, das Promontorium ist nicht zu erreichen. Der Beckenausgang ist nach allen Richtungen, besonders im queren Durchmesser, verkürzt. Die Beckenmaasse sind folgende: Dist. spin. 23·0, Crost. 26·9, Troch. 29·0, Diam. Beaudelocque 21·5, Dist. spin. il. post. sup. 7·0. Der gerade Durchmesser des Beckenausganges beträgt 9·0, der quere 8·0 Cm. Die Concavität des Kreuzbeines hat der Quere nach zugenommen, weil die Körper der Kreuzbeinwirbel nach hinten oben zwischen die Flügelfortsätze hinausgezogen sind. Die Körperlänge beträgt 130 Cm., die unteren Extremitäten zeigen keine abnorme Krümmung, stehen aber zum Oberkörper in einem auffallenden Missverhältniss; ebenso sind die oberen Extremitäten abnorm lang. Es besteht Hängebauch; bei aufrechter Stellung der Schwangeren steht die Schamfuge ziemlich steil, ist 4·4 Cm. hoch, die Vulva steht stark nach vorn. Der Thorax ist fassförmig, Zeichen von Rhachitis fehlen; die Rippenbogen liegen fest auf den Darmbeinkämmen beiderseits auf. Trotz des verengten Beckenausganges wurde auf den spontanen Durchtritt des Kopfes gerechnet, der in zweiter Lage sich einstellte. In der That bestätigte sich die Prognose; nach harter Geburtsarbeit trat der Kopf in Vorderhauptslage durch — die Rotation der kleinen Fontanelle nach vorn blieb aus. Das reife Kind war 50 Cm. lang und wog 3200 Grm. Die Placentarperiode verlief gleichfalls normal. Verf. kann sich deshalb der Ansicht *Schröder's*, dass die künstliche Frühgeburt in den meisten Fällen vom kyphotischen Becken einzuleiten sei, nicht anschliessen, ebenso ist er gegen die Perforation.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

544. ***Zweifach Jodquecksilber und Jodkalium als intramusculäre Einspritzung.*** *Von* **E. Fischer.** *(Klin. Monatsber. f. Augenheilk. 1889. März. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. April.)*

Die fünf Fälle der von *Schöler* vermittelst Injection von Jodtinctur in den Bulbus operativ behandelten Netzhautablösungen gaben Veranlassung ein Mittel zu suchen, um die Glaskörpertrübungen, welche nach dem operativen Eingriffe auftraten, möglichst rasch zum Verschwinden zu bringen. *Fischer* benutzte dazu eine von *Martin* empfohlene Lösung, 1% zweifach Jodquecksilber und 10% Jodkalium, welche er intramusculär einspritzte. Nach 14—20 Injectionen hellte sich die Glaskörpertrübung meist prompt auf. Ausserdem wandte er dieselbe mit Erfolg bei frischer Iritis mit Gumma- und Hypopyonbildung, Iridochorioiditis und Chorioretinitis an, sowie bei rheumatischer Iridochorioiditis mit Glaskörpertrübung, ferner bei den centralen Veränderungen des Augengrundes der Myopen und bei hartnäckig der spontanen Resorption widerstehenden Blutungen in den Glaskörper.

545. ***Ein Fall von Beseitigung eines Stahlsplitters aus dem Auge mit dem Elektromagnete.*** *Von Dr.* ***Trompetter.*** *(Klin. Monatsber. f. Augenheilk. 1889. März. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. April.)*

Trompetter entfernte einen 1 Ctgrm. schweren Eisensplitter, welcher vor fünf Tagen durch die Sclera in den Glaskörper gedrungen war, vermittelst der Elektromagneten aus dem Auge. Anfänglich zeigten sich darnach Trübungen im Glaskörper und der Netzhant. Nach sechs Wochen waren dieselben bei Pilocarpininjectionen verschwunden. An der Stelle, wo der Splitter sass, fand sich eine glänzend weisse Narbe und auf der hinteren Linsenkapsel ein strichförmiger Beschlag. Die Sehschärfe betrug 15/30. Das Gesichtsfeld war bis auf den der Narbe entsprechenden Defect vollständig normal.

546. ***Ueber Ausspülung der Nase und des Nasenrachenraums.*** *Von Dr.* ***Jelenffy*** *in Budapest. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 1. — Schmidt's Jahrb. 1889. 4.)*

Verf. ist der Ansicht, dass auf Grund des eigenthümlichen anatomischen Baues der Nase mit ihren vielen Sinus, Pulver- und Wattebehandlung derselben nicht alle Theile treffe und daher hinter der Flüssigkeitsbehandlung an Wirkung zurückstehe. Um die bekannten, bei Spritzen- und Irrigatorbehandlung möglichen Schädlichkeiten auszuschliessen, hat Verf. ein eigenthümliches gläsernes Gefäss hergestellt. Dasselbe ist eine 60—70 Grm. haltende, zu verkorkende, bauchige Flasche, deren Boden in ein offenes, senkrecht abgebogenes Glasrohr von Bleistiftdicke ausläuft. Letzteres wird, nachdem die Flasche gefüllt und verkorkt ist, in die Nase eingeführt und der Kork entfernt, worauf die Flüssigkeit bei dem mit stark hintenübergebeugtem Kopfe sitzenden oder liegenden Kranken sanft einfliesst. — Verf. hebt als einen Vorzug seines Instrumentes gegenüber ähnlichen, z. B. dem von *Broich*, hervor, dass er mit ihm die Menge der einzugiessenden Flüssigkeit genau dosiren könne. — Ausserdem lasse er den Kranken, indem er ihn „pp", „k", „t" u. A. aussprechen lasse, den Nasenrachenraum vom Rachen abschliessen. Nach Ansicht des Ref. ist der vom Verf. beabsichtigte Zweck durch einfachere Verfahrungsweisen eben so gut, wenn nicht leichter zu erreichen.

547. ***Ueber die Diagnose des Glaucoms.*** *Von Prof.* ***Schenkl.*** *(Prager med. Wochenschr. 1888. 28. — Allg. med. Central-Zeitg. 1889. 35.)*

Ein in Aussig gehaltener Wandervortrag hatte den Zweck, die praktischen Aerzte mit den Zeichen bekannt zu machen, welche wenigstens annähernd gestatten, die richtige Diagnose rechtzeitig zu stellen. Unter anderen Symptomen wird des Sehens von Regenbogenfarben um die Lichtflamme gedacht, welches oft lange dem eigentlichen glaucomatösen Anfalle vorangeht. Der einfache Bindehautcatarrh bedingt wegen der auf der Hornhaut sich ansammelnden Schleimflöckchen wohl auch solches Farbensehen, aber hier verschwindet es momentan nach dem Reiben mit dem Lide, während der Lidschlag beim Glaucom keinen Einfluss auf dieses Phänomen hat. Höchst wichtig ist die unbewegliche, über mittelweite Pupille eines Auges, da bei keiner

anderen mit acut entzündlichen Erscheinungen einhergehenden Augenkrankheit die Pupille weit und starr wird. Nur muss man sich vergewissern, dass die Erweiterung nicht etwa einer zufälligen Atropinisirung ihren Ursprung verdankt. Bemerkenswerth ist ferner die rasche Entwicklung von Fernsichtigkeit im Vorbotenstadium. Die Träger von Convexbrillen müssen in kurzen Zwischenräumen zu stärkeren Nummern greifen. Bei Personen, die über 50 Jahre alt sind, soll man unter solchen Verhältnissen immer an die durch Glaucom drohende Gefahr denken. Ist man bei älteren Personen seiner Diagnose nicht sicher, so soll man sich wenigstens vor der Application von Mydriaticis hüten, da dieselben nicht selten den plötzlichen Ausbruch eines acuten Glaucomanfalles bedingen. Die dann auftretenden heftigen Ciliarneuralgien und die beträchtliche Herabsetzung der Sehschärfe müssen vor dem Irrthum schützen, dass man etwa eine sog. Atropin-Conjunctivitis vor sich habe. — Beim acuten Glaucom erreichen die Sehstörungen binnen wenigen Stunden einen so hohen Grad, dass man bei gleichzeitiger Berücksichtigung des matten Aussehens der Hornhaut, der Trübung des Kammerwassers, der Erweiterung der Pupille, der Härte des Bulbus diese Form kaum mit einer gewöhnlichen Entzündung des Auges verwechseln kann. Beim chronischen Glaucom werden die träge reagirende weite Pupille, die erweiterten, korkzieherförmigen Gefässe auf dem Bulbus, die bläuliche Farbe der Sclera, die Verdunkelungen im Sehfelde von der Nasenseite her auch den Nichtspecialisten auf die richtige Diagnose zu leiten im Stande sein.

Dermatologie und Syphilis.

548. ***Variola und deren Behandlung.*** *Von Dr.* ***Müller****, Franzensbad. (Nach d. Vortrag, geh. im Centralverein deutscher Aerzte in Böhmen. — Therap. Monatsh. 1889. 2.)*

Bei den schweren Formen der Variola sind in Beziehung auf das therapeutische Eingreifen vorzüglich 3 Stadien zu beachten: 1. Das fieberhafte Invasionsstadium; 2. das fieberlose Eruptionsstadium und 3. das Stadium der Eiterung. Im ersten Stadium ist vorzugsweise die ausgiebige Anwendung der Kälte angezeigt in der Form von frischer Luft, leichter Bedeckung, kalten Umschlägen und Einwicklungen. Dadurch wird mehr erreicht, als durch interne Antipyretica und am rationellsten den allgemein schädlichen Einwirkungen der Intoxication auf den Organismus entgegengearbeitet. Das zweite Stadium ist das wichtigste für das ärztliche Handeln, denn hier gilt es, der Ausbildung der Knötchen und Bläschen zur Eiterpustel kräftig entgegenzuwirken, um so das dritte Stadium entweder ganz zu eliminiren oder thunlichst unschädliche zu machen. Als das wirksamste Mittel hat *Müller* hier den täglihen Gebrauch von warmen Vollbädern erprobt. Wo dies nicht durchführbar war, hat er täglich häufig wiederholte Waschungen, resp. Abtupfungen mit warmem Wasser machen



lassen. Besonders im Gesichte und an den Augenlidern erscheinen letztere sehr wohlthätig. Durch dieselben wird wahrscheinlich auch das Auftreten von Conjunctivitiden hintangehalten. Die Kranken fühlen sich schon nach den ersten Bädern recht wohl, das brennende und spannende Gefühl in der Haut verschwunden. Auch die eigenthümliche Hautausdunstung macht sich bald nicht mehr bemerkbar. Der Arzneischatz bietet aber auch Mittel, die durch ihre wasserentziehenden und emulgirenden Eigenschaften die Eintrocknung der Pusteln direct begünstigen. So hat sich das Glycerin in Form des Unguent. Glycerini gut bewährt. *Müller* lässt nach den Bädern und Waschungen die wichtigsten Theile des Körpers, namentlich dort, wo das Exanthem gehäuft erscheint, häufig mit der Salbe bestreichen. Dies gilt besonders im Gesichte. Am Kopfe ist eine schwache Carbolöllösung (1 : 300) zweckmässig. Für die Behandlung der Schleimhaut der Mundhöhle, des Rachens und Oesophagus sind Milchdiät und Mandelmilch als Getränk recht zweckdienlich. Kommt man hiermit nicht aus, so empfehlen sich Mund- und Gurgelwasser aus einer schwachen Kali chloricum-Lösung in einem schleimigen Decoct. Handelt es sich um einen Kranken, der sich im dritten Stadium, dem der Eiterung, befindet, oder liegt eine schwerere Form von Variola confluens vor, so tritt neben der roborirenden internen medicamentösen Behandlung die externe locale in den Vordergrund. Es verdient hier die essigsaure Thonerde alle Beachtung. Alle Stellen, an denen die Eruption am stärksten auftritt, werden mit in essigsaure Thonerdelösung getränkten Leinwandlappen bedeckt und darüber ein Verband angelegt. Man kann auch grosse Pusteln eröffnen und blossliegende eiternde Stellen mit Jodoform behandeln. In der Abtrocknungsperiode sind nur alle 2—3 Tage Bäder und nach denselben Streupulver aus Amylum am Platze. Was die Variola haemorrhagica betrifft, so soll der Arzt auch bei dieser verzweifelten Form nicht ruhig die Hände in den Schoss legen. Unter 6 hierher gehörigen Fällen hat *Müller* einige bis zu 8 Tagen hingebracht und einen, bei dem Lungen- und Darmblutungen vorhanden, gesund werden sehen. Neben der Berücksichtigung allgemeiner hygienischer Massnahmen bestand die Behandlung in Essigwaschungen, Verabreichung von Chinadecoct mit Mineralsäuren und Rothwein. *— r.*

549. ***Ueber Papilloma neuropathicum.*** *Von R. Pott. (Jahrb. f. Kinderkrankh. 1888. 3—4. — Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1889. 2. Heft.)*

Ein zweijähriger Knabe bot auf der rechten Gesichtshälfte warzige Wucherungen folgender Art dar: Von der rechten Ohrmuschel strahlten faltige und streifige Erhabenheiten und Wucherungen, die an der Spitze zerklüftet und zum Theile pigmentirt erschienen, gegen den rechten Stirnhöcker, das rechte Auge, die Nase, das Kinn und den Hals aus. Nirgend wurde die Mittellinie überschritten. Ebenso sassen ähnliche Gebilde auf der rechten Mundschleimhaut. Auf den entsprechenden Stellen der Kopfhaut fehlten die Haare. Links war deutlich Facialisparese; ferner Lähmung der linken oberen und unteren Extremität zu gewahren. Die Wucherungen waren angeboren; die Lähmungen traten in der fünften Lebenswoche auf in Folge von epileptischen Krämpfen.

Im fünften Monate veränderte sich das Bild der Krämpfe, indem es zu halbseitigen, links auftretenden Krämpfen kam. Interne Gaben von Brompräparaten und die Anwendung des constanten Stromes riefen Besserung hervor. Es handelt sich hier um einen rechtsseitigen angeborenen Hirndefect.

550. ***Ein Fall hereditärer Syphilis, der Lepra vortäuschte.*** *Von* ***Ohmann-Dumesnil.*** *(Journ. of cut. and gen. urin. dis. October 1888. — Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 1889. 2. Heft.)*

Es handelte sich in dem obigen Falle um einen 18jährigen Knaben, dessen Vater vor 25 Jahren Syphilis acquirirt hatte. Der Knabe hatte bis zum 15. Jahre keine Erscheinungen dargeboten, zeigte in diesem Alter zunächst ein Geschwür am Bein, dazu gesellte sich interstitielle Keratitis, Caries der Nasenknochen. Als Verfasser ihn sah, zeigte er im Gesicht eine zusammenhängende knotige Infiltration, die sich bis auf die Ohren ausdehnte. Die Nase war platt, die Nasenflügel, gleich den Ohrläppchen, knotig verdickt. Aehnliche knotige Verdickungen an beiden Handrücken, die Haut im Ganzen verdickt, schuppend, wenig elastisch, die Hautfunctionen gering. Die Lymphdrüsen geschwollen, keine nervösen Erscheinungen. Jodkali und Quecksilber intern, Salicylsäurevaselin äusserlich bringen Besserung.

Finger.

551. ***Contribution à l'étude des altérations syphilitiques des valvules cardiaques.*** *Par le Dr.* ***Ch. Firket,*** *Professeur à l'univers. de Lièges (Académie royale de Méd. de Belgique. Bruxelles 1888.)*

Die Syphilis des Herzens ist selten und äussert sich zumeist in Veränderungen des Herzmuskels. Dass auch Klappenerkrankungen auf syphilitischer Grundlage entstehen, darüber sind die Autoren noch nicht einig. Der vom Verfasser mitgetheilte Fall bietet insoferne Interesse, als er einen unwiderleglichen Beleg für eine Klappenerkrankung syphilitischen Ursprunges bietet. Während in dem im Original geschilderten Falle einer 53jährigen Frau, welche mit Ascites und Oedem der Extremitäten auf die Klinik kam, keine Spur eines syphilitischen Leidens bemerkbar wurde, ergab die Autopsie in der Leber unverkennbare Zeichen einer alten Syphilis. Ausserdem war amyloide Degeneration der Nieren und der Mitralis vorhanden. Verfasser kommt nun zum Schlusse, dass es namentlich die syphilitische Dyskrasie ist, auf deren Basis sich die amyloide Degeneration in verschiedenen Organen und speciell in der Mitralklappe entwickelt hat. Die Degeneration der Klappe führte zu einer thrombusartigen Bildung, welche auf die Herzthätigkeit störend wirkte. Es hat sich nämlich in Folge der amyloiden Degeneration der Herzklappe das Endothel der erkrankten Partien abgelöst und die so entblössten Oberflächen bewirkten die Abscheidung der Blutplättchen und leiteten die Bildung eines weissen Thrombus ein. *O. R.*



Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

552. ***Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Hörnervenursprungs beim Kaninchen.*** *(Allg. Zeitschr. für Psych. 1889. XLV. 5. u. 6. Heft, pag. 568—574.)*

Verf. hat 4 Kaninchen 3 Tage post partum den linken Hörnerv, die linke Kleinhirnhemisphäre und den Kleinhirnnerv exstirpirt. Bei der nachherigen histologischen Untersuchung erwies sich, dass zwischen hinterer Acusticuswurzel und Kleinhirn kein nachweisbarer Zusammenhang besteht. Die hintere Acusticuswurzel entspringt nach Verf's. Untersuchungen aus dem Tuberculum acusticum und aus dem vorderen Acusticuskern. Beide Ganglien dienen ausser der hinteren Acusticuswurzel noch dem Corpus trapezoides als Ursprungs- und Verstärkungsmassen. Den Befund nach Durchschneidung der hinteren und vorderen Acusticuswurzel glaubt Verf. so deuten zu können, dass die am ventralen Rande des *Deiter*'schen Kerns gelegene Region als ein Ursprungsgebiet der vorderen Acusticuswurzel angesehen werden kann. Nach Verf. entspringt mithin die vordere Acusticuswurzel theilweise in der Oblongata. Aber auch im Kleinhirn ist der sogenannte Wurm das Ursprungsgebiet der vorderen Acusticuswurzel. Das Oblongatabündel verläuft nach Verf. in der ganzen Austrittshöhe der vorderen Acusticuswurzel, das Kleinhirnbündel mehr in den caudalen und mittleren Austrittsebenen; im ersteren kommen hauptsächlich die groben, im letzteren die feineren Nervenfasern vor. Die Frage bezüglich der Kreuzungsverhältnisse der vorderen Acusticuswurzel und ihrer Verlaufsbahnen vom Kleinhirn zur Oblongata und ob neben dem Kleinhirnnerv auch die Kleinhirnhemisphären als Ursprungsgebiet der vorderen Acusticuswurzel in Betracht kommen, lässt Verf. dahingestellt sein. *v. S.*

553. ***Ueber Endarteritis obliterans.*** *Von Prof. **Rindfleisch.** (Sitzungs Ber. d. physikal.-med. Ges. zu Würzburg. 1888. 8. — Schmidt's Jahrb. 1889. 4.)*

Die Endarteritis obliterans unterscheidet sich von der gewöhnlichen Sclerose namentlich dadurch, dass das neugebildete Bindegewebe in der Intima bei ihr einen weniger hinfälligen Charakter hat und deshalb viel weiter gehender Entwicklung fähig ist. Sie gehört zu jenen syphilitischen entzündlichen Producten, die an einzelnen Stellen und in gewissen Fällen einen geradezu hyperplastischen Charakter haben. Schichtweise wird ein Bindegewebsstratum nach dem andern der Intima eingelagert; anfangs sieht man dazwischen noch zahlreiche Rundzellen, später werden dieselben spärlicher. Die aus ihnen entstandenen Bindegewebslamellen werden den normalen Lamellen der Intima mehr und mehr ähnlich. In einem Falle fand *Rindfleisch* zwischen den älteren besser organisirten äusseren Schichten und den frischeren inneren eine so scharfe Trennung, dass die letzteren gegen die ersteren verschoben und bei der Zusammenziehung des Gefässes ähnlich wie die normale Intima gefaltet werden konnten. Der Fall, den Verf. im Anschluss an diese Betrachtungen mit-



theilt, ist folgender: Diagnose im Leben: Localerkrankung an den Central- und Temporalwindungen der linken Hemisphäre. — Section: Ausgebreitete Degeneration der Hirnrinde an den bezeichneten Stellen. Sämmtliche Arterien der Hirnbasis, ebenso wie die rechte Art. foss. Sylvii, normal. In der anscheinend ebenfalls gesunden linken Art. foss. Sylvii sass bei dem dritten grösseren Ast, der nach dem Temporallappen hinzieht, ein Hinderniss in Gestalt eines runden Körpers, von der Grösse eines mittleren Schrotkorns. Es handelte sich um einen umschriebenen Herd von Arteritis obliterans. Die endarteritische Platte hatte in Folge eines sehr gleichmässigen Aufbaues die Gestalt einer Kugel angenommen, welche sich in das Lumen hineingewölbt und dasselbe schliesslich fast völlig verlegt hatte. Der definitive Abschluss war dann durch Blutgerinnung erfolgt. — Kleine Ursachen, grosse Wirkungen.

554. ***Ueber den Einfluss mässiger Körperbewegung auf die Verdauung.*** *Von Dr.* ***Cohn.*** *(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 43. Hft. 2 u. 3. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 18.)*

Verf. führte seine Untersuchungen in der Weise aus, dass er bei 3 Hunden, welche eine bestimmte Probemahlzeit erhielten, nach einer gewissen Anzahl Stunden den Magen ausspülte und das Spülwasser auf seine verdauende Kraft untersuchte. Zunächst ergab sich, dass die Verdauung der ruhenden Hunde 1 Stunde nach der Mahlzeit in vollem Gange sich befindet, nach 2 Stunden ihren Höhepunkt erreicht, von da allmälig abnimmt und nach 5 Stunden beendigt ist. Ein ganz anderes Resultat zeigte sich, wenn die Hunde in mässige Bewegung gesetzt waren. Erst 5 Stunden nach der Mahlzeit hatte die Verdauung ihren Höhepunkt erreicht. Nach 6 Stunden war dieselbe noch nicht beendigt. Verf. glaubt zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass durch Bewegung nach der Nahrungsaufnahme, wenigstens bei Hunden, eine Verlangsamung und Verzögerung der Verdauung herbeigeführt werde.

555. ***Ueber Ausscheidung des Phenols im Urin.*** *Von* ***A. Russo.*** *(Rivista clin. e terap. October 1888. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 17.)*

Verf. bestimmte bei 30 an verschiedenen Krankheiten Leidenden die tägliche Phenolausscheidung im Harn. Er verfuhr dabei in der Weise, dass er im Destillate von dem mit Salzsäure stark angesäuerten Harn das Phenol mit Bromwasser unter Vermeidung eines Ueberschusses fällte; das gefällte Tribromphenol wurde getrocknet und gewogen. Als die grösste tägliche Phenolausscheidung bei Pat., die weiter keiner besonderen Behandlung unterworfen waren, beobachtete *Russo* einmal 0·225 Grm. Bei an Lungentuberculose Leidenden fehlte das Phenol entweder im Urin oder war sehr spärlich. Krankheiten der Verdauungswege vermehrten die tägliche Phenolausscheidung nur dann, wenn sie zu einer Stockung des Darminhaltes führten. Als eine seit 4 Tagen bestandene Obstipation durch Ricinusöl gehoben war, verschwand auch das Phenol aus dem Urin. Die tägliche Phenolausscheidung war bei 6 Patienten mit Ileotyphus bei 4 derselben etwas über dem durchschnittlichen Mittel, bei 2 darunter. Bei 3 Fällen von ge-



wöhnlicher Lebercirrhose ohne Icterus fehlte das Phenol beständig. Bei Diabetes mellitus fand sich die grösste tägliche Phenolausscheidung, dagegen war bei 1 Falle von Diabetes insipidus keine Reaction auf Phenol zu erhalten. Nach Eingabe von Naphthol stellte sich eine deutliche Vermehrung des ausgeschiedenen Phenols ein.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

556. ***Ueber anatomische Befunde bei acuten Todesfällen nach ausgedehnten Verbrennungen.*** *Von* ***Eugen Fränkel.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1889. 2. — Schmidt's Jahrb. 1889. 4.)*

Wie lässt sich der schnelle Eintritt des Todes nach ausgedehnten Verbrennungen erklären? Diese Frage hat *Ponfick* so beantwortet, dass der Tod eine Folge des unter dem Einflusse der Hitze eintretenden ausgedehnten Blutkörperchenzerfalles und gewisser parenchymatöser Veränderungen innerer Organe sei. *Sonnenburg* hat diese Annahme angezweifelt, Verf. ist in der Lage, sie durch anatomische Untersuchungen geeigneter Leichen zu stützen. Er fand nicht nur die reichlichen Blutkörperchentrümmer, sondern er konnte auch die parenchymatösen Degenerationen speciell in der Leber und den Nieren feststellen und meint, dass gerade die Verbindung von Entartung der secernirenden Nierenepithelien mit ausgedehnter Verstopfung der abführenden Harncanälchen durch Hämoglobinmassen besonders verhängnissvoll sei. In einem Punkte weicht Verf. *v. Ponfick* ab. Er betrachtet die parenchymatösen Degenerationen nicht als Folge des Blutkörperchenzerfalles, sondern meint, dass beide, Zerfall und Degeneration, Wirkungen eines unter den Hautverbrennungsproducten zu suchenden Giftes seien. Wie ausserordentlich schnell dieses Gift wirkt, geht aus dem einen Falle *Fränkel's* hervor, in dem der Tod bereits 15 Stunden nach der Verbrennung eintrat und die Section die angedeuteten Verhältnisse ergab.

557. ***Die Beurtheilung des Trinkwassers und der Brunnenanlagen vom medicinal-polizeilichen Standpunkte.*** *Von Dr.* ***Mörs.*** *(Aus der 61. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Köln. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. Januar. 1889.)*

Unter Hinweis auf die Unterschiede zwischen einer hygienischen und medicinal-polizeilichen Beurtheilung des Trinkwassers betont *Mörs*, dass man im Allgemeinen scharfe Grenzen für die zulässigen Verunreinigungen nicht aufstellen könne, vielmehr derartige Grenzwerthe nach den Ortschaften verschieden sein müssen, dass jedoch der Nachweis pathogener Keime unter allen Umständen zur Verwerfung eines Trink- und Haushaltungswassers führen müsse; die chemische Analyse sei einem Chemiker, die bacteriologische, sowie die Gesammtbeurtheilung eines Wassers einem Medicinalbeamten zu übertragen. Bezüglich der Verunreinigung der Brunnenanlagen von Seite des Bodens konnte *Mörs* das Aufsteigen der Bacterien im Sande entgegen den *Pfeiffer*schen Versuchen bestätigen. Für die Neuanlage von Brunnen



verlangt *Mörs* eine medicinal polizeiliche Revision der Situationspläne, undurchlässige Seitenwände, so dass das Wasser nur von der Sohle her eindringen kann, und sorgsamen Verschluss der Brunnenöffnung. Wird ein geschlossen gewesener Brunnen wieder freigegeben, so soll vorher, nach dem an wenigstens 2 Tagen wiederholt vorzunehmenden mehrstündigen Abpumpen, das Wasser einer vollständigen Untersuchung unterworfen werden und von deren Ergebniss die Benützung des Brunnens abhängig gemacht werden.

558. ***Klinisch-experimentelle Untersuchungen über Secundärinfection bei Scharlach.*** *Von Dr.* ***Marie Raskin*** *in St. Petersburg. (Centralbl. f. Bacteriologie. Nr. 13—14.)*

In 22 Fällen von complicirtem Scharlach konnte Verf. sowohl durch mikroskopische Untersuchung, als durch Impfung im Eiter, in den inneren Organen, in diphtheritischen Membranen, im Blute etc. einen Streptococcus nachweisen, den sie als eine Abstufung des Streptococcus pyogenes ansieht. Im Eiter bei Lymphadenitis und Arthritis purulenta war er stets allein, ohne Beimengung anderer Bacterien, vorhanden. Im Eiter bei Otitis purulenta wurden meistens, besonders in den späteren Stadien, ausser dem Kettencoccus auch der Staphylococcus aureus und albus gefunden. In einigen Fällen von Septicämie und Pyämie konnte man den Kettencoccus aus allen inneren Organen, zuweilen direct in Reincultur, zuweilen durch andere Bacterien verunreinigt, nachweisen. Im Blute ist der Kettencoccus sehr selten nachweisbar, was dadurch bedingt ist, dass er aus demselben schnell verschwindet. In bronchopneumonischen Herden, in diphtheritischen Auflagerungen und in Schnitten vom Rachen bei Diphtherie wurde der Kettencoccus constant gefunden, aber stets von anderen Bacterien begleitet. In den Schuppen findet sich der Kettencoccus sehr selten, in der Haut niemals. Die Secundärinfection bei Scharlach und deren Bösartigkeit wird wesentlich durch 3 Momente begünstigt: 1. die intensive und früh eintretende Entzündung des Rachens; 2. der Reichthum des Rachens an Lymphräumen, in welchen die Streptococcen einen vorzüglichen Boden für ihre weitere Verbreitung finden; 3. die Virulenzzunahme des Kettencoccus im scharlachkranken Organismus, wodurch der äusserst bösartige Verlauf der Complicationen erklärt wird. *Schnirer,* Wien.

559. ***Fliegen als Ansteckungsträger.*** *Von* ***Giuseppe Alessi.*** *(Archivio per le scienze mediche. 1888. XII. Bd. 3. — Wiener klin. Wochenschr. 1889. 17.)*

Allgemein wird angenommen, dass der Milzbrandcarbunkel und andere ansteckende Krankheiten durch Fliegenbisse verbreitet werden können. *Grassi* fand 1883 die Eier gewisser Eingeweidewürmer, wie Taenia solium und Oxyurus unverändert im Darmcanal der Fliegen. *Marpmann* berichtete 2 Jahre später über die Resultate seiner mit dem Micrococcus prodigiosus und Bacillus foetidus angestellten Versuche; er fütterte Fliegen mit Kartoffelculturen dieser Mikroorganismen und erzeugte die gleichen Mikroorganismen in von dem Darminhalte derselben Fliegen gemachten Culturen. Verf. setzte nun diese Versuche mit mehreren



der bekannten pathogenen Mikroorganismen fort. Er breitete die Sputa von Tuberculösen, in welchen er den specifischen Bacillus gefunden, auf Glasplatten unter einer Glocke und brachte mehrere Fliegen unter dieselben, welche er einige Tage darin hielt, und mit deren Eingeweiden er dann eine Reihe von Präparaten auf Objectträgern machte, die er nach der *Koch-Ehrlich-Weigert*'schen Methode färbte. Diese Präparate zeigten unter dem Mikroskope zahlreiche Bacillen. Die Versuche wurden mehrere Male wiederholt und gaben stets die gleichen Resultate. Verf. untersuchte dann die Excremente von Fliegen, die mit tuberculösen Sputis gefüttert worden waren. Er fand, dass die Bacillen in den Excrementen bei weitem zahlreicher als in dem Darminhalte und in den Sputis waren. Nachdem Verf. sich so überzeugt hatte, dass die Fliegen Tuberkelbacillen aufnahmen und mit den Excrementen ausschieden, untersuchte er weiter, ob die Mikroorganismen auf ihrem Wege durch den Darmcanal zerstört wurden, oder ob sie lebendig abgingen und dabei ihre Virulenz bewahrt hatten. Er impfte zu diesem Zwecke gesunde Kaninchen mit Excrementen dieser Fliegen in die hintere Augenkammer, wobei er stets nur getrocknete Excremente benutzte, nachdem er sich vorher von der Gegenwart der Mikroben in denselben überzeugt hatte. Die unmittelbare Wirkung dieser Inoculation war stets mehr oder weniger hochgradige Entzündung, welche nach 8 bis 10 Tagen verschwand, und vollkommene Heilung der Stichwunde. Wenige Tage später zeigte sich ein weisser Punkt im Centrum der Krystalllinse, dann ein kleines Knötchen am Irisrande oder eine dichte weisse wolkige Trübung der ganze Pupille und starke Injection des peripherischen Gefässringes. Die Iris, bei schräge einfallendem Lichte, erschien schmutzig gelb. Endlich trübte sich die Hornhaut allmälig so sehr, dass keine weiteren intraocularen Veränderungen beobachtet werden konnten. Die mikroskopische Untersuchung von den Hornhautgeschwüren entnommenem Eiter wies ungeheure Mengen von Tuberkelbacillen nach und lieferte also einen ergänzenden Beleg für die klinischen Beweise der Virulenz dieser Mikroorganismen. Verf. machte ferner eine Reihe von Versuchen mit den Mikroben von Cholera nostras, Typhus, Milzbrand-Carbunkel und mit Staphylococcus pyogenes aureus. Er erwies in jedem Versuche, dass die Mikroorganismen von dem Insecte nicht verdaut wurden, sondern unverändert durch den Darmcanal abgingen, ihre Lebensfähigkeit vollkommen bewahrten und nachher unbeeinträchtigt zu weiteren Culturen geeignet waren. Hierzu bemerkt Referent — *Junker v. Langegg* — dass aus Obigem keineswegs unbedingt folge, dass, weil einige pathogene Mikroorganismen durch Fliegen verschleppt werden können, dies mit allen der Fall sein müsse, obgleich die Möglichkeit nicht auszuschliessen sei, wonach die blosse Isolirung der contagiösen Kranken keinen Schutz gegen die Weiterverbreitung derartiger Krankheiten gewähren würde, da die Fliegen die Mikroorganismen von Stube zu Stube, Geschoss zu Geschoss, Haus zu Haus in demselben Stadtviertel verschleppen könnten. In der That jedoch, selbst wenn sich *Alessi*'s Folgerungen, deren Richtigkeit aber noch weiterer Erhärtung bedürfe, als wahr erweisen sollten, sei nur wenig



Ursache vorhanden, selbst die Aengstlichsten zu beunruhigen. Wären die Fliegen wirklich so thätig an der Verbreitung contagiöser Krankheiten betheiligt, so müssten unsere Epidemien ausschliesslich im Sommer vorwalten, während jedoch in der That die meisten in der Jahreszeit auftreten, in welcher die Hausfliege fehlt. Demungeachtet lieferten diese Beobachtungen einen weiteren Dringlichkeitsgrund zur unmittelbaren und vollkommenen Desinfection aller Excremente contagiöser Kranker.

560. ***Influence du bacille pyocyanique sur la maladie charbonneuse.*** *Von **Bouchard**.*

561. ***Action du bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse.*** *Von **Guignard** et **Charrin**. (Académie des sciences. Sitzung vom 8. April 1889. — Semaine méd. 15.)*

Bouchard impfte Kaninchen mit virulenten Milzbrandbacillen und injicirte rings um die Impfstelle verschiedene Quantitäten des Bac. pyocyaneus. Von 26 so behandelten Thieren blieben 12 am Leben, 7 Thiere starben an Milzbrand und die übrigen 7 ohne dass eine Spur von Milzbrand zu finden gewesen wäre. Controlthiere, die blos mit Milzbrand geimpft wurden, gingen ausnahmslos zu Grunde. Um den Mechanismus dieser wechselseitigen Einwirkungen der beiden genannten Mikroorganismen zu ergründen, haben *Guignard* und *Charrin* zunächst den Einfluss des Bac. pyocyanus auf den des Milzbrandes in vitro studirt. Zu diesem Behufe wurde der Bac. pyocyaneus in virulente Milzbrandculturen geimpft, in welchen sich das Wachsthum desselben, sowie die Farbstoffbildung bald geltend machten. In den ersten 6 Tagen scheint die Virulenz der Milzbrandbacillen nicht abzunehmen, vom 8. Tage ab wird sie aber immer geringer, so dass die mit denselben inficirten später als die Controlthiere zu Grunde gehen und vom 20. Tage an werden Meerschweinchen nicht mehr getödtet. Gleichzeitig mit dieser Abnahme der Virulenz finden auch morphologische Veränderungen statt. Der Inhalt der Bacillen häuft sich in Form von Granulationen an gewissen Stellen an, nach 3 oder 4 Tagen treten in solchen Culturen Involutionsformen auf. Aber die Bacillen erreichen wieder ihre normale Form und Virulenz, sobald sie in geeignete Nährböden übertragen werden. In einer zweiten Versuchsreihe wurde virulenter Milzbrand in infiltrirte Culturen von Bac. pyocyaneus gebracht, woselbst die Milzbrandbacillen dieselben morphologischen und Virulenzveränderungen erlitten wie die früher beschriebenen. Verf. glauben daher, dass die vom Bac. pyocyaneus abgesonderten chemischen Producte bei der Erzeugung der Milzbrandheilung eine gewisse Rolle spielen. *Schnirer*, Wien.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

562. *Das Cocain in der gewöhnlichen Chirurgie.*

Von ***Paul Reclus*** *und* ***Isch Wall,*** *ordinirende Spitalsärzte in Paris.*

Revue de Chirurgie. 1889. 2.

Ref. Dr. ***Baaz*** *in Graz.*

Die genannten Hospitalsärzte benützen das Cocain bereits seit drei Jahren in ihrer Praxis als schmerzstillendes Mittel und haben damit mehr als 300 chirurgische Eingriffe einfacherer und schwererer Art, von kürzerer und längerer Dauer fast in allen Organen ausgeführt, an Individuen jeden Geschlechtes, Alters und Constitution. Sie haben in Folge correcter Anwendung des Mittels nie schwerere Zufälle gesehen. Man kann durch Anwendung relativ hoher Dosen stets vollkommene Analgesie, sowohl oberflächlich als in der Tiefe des Körpers erzeugen und somit das Cocain als ein Ersatzmittel des Chloroform erklären.

Die Anwendung desselben auf die Schleimhäute erzeugt nur eine kurz dauernde Unempfindlichkeit, welche man nach *Gougenheim* intensiver machen kann, indem man die Lösung (10%ig bei Erwachsenen, 5%ig bei Kindern) nicht nur aufpinselt, sondern die Schleimhaut förmlich bürstet. Auf diese Weise konnten die Verfasser Magenausspülungen bei sehr nervösen Individuen ohne die sonst eintretenden heftigen Reflexbewegungen ausführen, gleichwie *Lermoyer*, *Cahn*, *Gougenheim* Mandeln exstirpiren und pharyngeale Wucherungen entfernen. Mit Erfolg wurde es bei Mund- und Gaumenoperationen angewendet. Ebenso verwenden es die Ohrenärzte in ihrer operativen Praxis, wie *Kirchner* die Paracentese des Trommelfelles, die Tenotomie des M. tensor tympani etc. damit ausführte. Vor der Verwendung des Cocains zu Einstäubungen in der Laryngologie warnen die beiden Autoren, weil dieselben keine Dosirung gestatten, unsicher und gefährlich sind und sehr üble Folgen, selbst tödtlicher Ausgang davon beobachtet wurde.

Mit sehr gutem Erfolge wird das Cocain in der Chirurgie des Anus, Rectums, der Blase und Urethra als Analgesivum angewendet.

Bei einem phagadänischen Chanker der Glans penis, welcher Anlass zu einer gefährlichen Hämorrhagie gegeben hatte, sah *Reclus* nach Bedecken desselben mit einem in 10%iger Cocainsolution getränkten Wattebauschen Stillstehen der Blutung und Heilung desselben eintreten.

Bei Behandlung der Hydrocele beseitigt Cocain die Schmerzhaftigkeit der Serosa, so dass man nach Entleerung des Hydroceleninhaltes ohne Schmerzen Jodtinctur einspritzen kann. Die Behandlung von Hydarthrosen durch Ausspülung mit Carbollösungen gelingt leicht und ohne Schmerzen nach vorherigen Cocaininjectionen.

Sie verfahren dabei in der Weise, dass sie die Cocaininjection zuerst in das subcutane Zellgewebe, dann in das fibröse Stratum und endlich in das Gelenk selbst machen, so dass derart eine



anästhetische Route für den nun folgenden Punctionstroicart geschaffen wird. Dieses Manöver wird an der äusseren und inneren Seite im Niveau der ausgedehnten Gelenkskapsel vollzogen und sodann die erstere Troicartröhre mittelst eines Kautschukschlauches mit einem eine 2—4⁰/₀ige vorher gekochte Carbollösung enthaltenden Irrigateur in Verbindung gebracht und die Flüssigkeit durch den zweiten Katheter wieder abfliessen gelassen. Diese Operation vollzieht sich rasch und ist wirksam. Das Gelenk wird sodann immobilisirt und comprimirt.

M. J. Wagner setzt eine mit Flanell überzogene und in Cocainlösung getauchte Elektrode auf die Haut und schliesst den Strom. Nach einigen Minuten ist die durch die Elektrode bedeckte Hautpartie für mehr denn 15 Minuten so unempfindlich geworden, dass man diese Stelle mit einem Vesicator schmerzlos zur Ulceration bringen kann. Cocainsalbe beseitigt die Schmerzen, welche Rhagaden der Brust oder der Lippen verursachen, ebenso wie die der Frostbeulen und Brandwunden.

Die subcutane Application des Cocain ermöglicht uns, jedwede Operation schmerzlos auszuführen, wenn nicht das Operationsplanum allzu ausgedehnt ist. Die von den Autoren verwendete Cocainlösung ist stets 5⁰/₀ig. Nur die Operationen am Uterus, wie Ignipunctur des Collum, die *Emmet*'schen Operationen, die Auskratzung und Curettage der Gebärmutter machen *Reclus* und *Wall* lieber in Chloroformnarcose, weil es die Muskeln erschlafft und ermöglicht, den Uterus aus der Vulva hervorzuziehen, was ein viel leichteres Operiren gestattet.

Die Injectionen des Cocains in die äussere Haut zum Zwecke schmerzloser Schnittführung müssen jene Stellen eben treffen, welche durchschnitten werden sollen. Die Haut darf nicht ganz durchstochen werden, sondern man muss die Nadel sofort nach dem Einstich in fast paralleler Richtung mit der äusseren Haut vorschieben und im Vorschieben injiciren. Ist der zu machende Hautschnitt lange, so muss man sich einer längeren Spritzennadel bedienen oder aber die Einstiche auf dem zu anästhesirenden Wege mehrmals machen, um eine so ausgedehnte Schmerzlosigkeit zu erzielen.

Es genügt so eine geringe Menge des Alkaloides zur Unempfindlichmachung, welche bei reiner Substanz stets in 3 bis 4 Minuten einzutreten pflegt. Muss die zu schaffende Wunde in tiefer als die Haut gelegene Gewebstheile eindringen, so ist es nöthig, auch diese Theile zu injiciren. Das Cocain wirkt auch blutstillend, wovon man sich bei unter Cocainwirkung gemachten Operationen leicht überzeugen kann. Weil aber der durch Cocain erzeugte Spasmus der Gefässe bald vorübergeht und hierauf Blutung erfolgt, so pflegen die Verfasser vor Schluss der Operationswunde einen aseptischen Schwamm durch einige Zeit aufzudrücken.

Den Vorwurf inconstanter und gefährlicher Wirkung des Cocains wollen *Reclus* und *Wall* nicht gelten lassen. Ist das Alkaloid rein und die Anwendung eine sorgfältige, so ist die Wirkung sicher und gefahrlos.

Auch die Dauer der Anästhesie ist nicht so kurz, wie mehrfach behauptet wird. *Reclus* und *Wall* haben sehr lange

dauernde Operationen mit Hilfe des Cocains ohne Wiederkehr des Schmerzgefühles während der Operation ausgeführt; so eine dreiviertelstündige Urethrotomia externa, die Radicaloperation einer irreponiblen Hernie unter sehr schwierigen Verhältnissen, welche 1 Stunde 5 Minuten gedauert hatte. Für eine so lange Anästhesie hatten 3 *Pravaz*'sche Spritzen voll einer 5%igen Cocainlösung genügt.

Die im Gefolge von Cocainwirkung auftretenden Zufälle, wie sie *Reclus* und *Wall* beobachteten, waren: „Gesichtsblässe, kalter Schweiss, Dyspnoe, Pupillenerweiterung, schwere Sprache, Nausea, Erbrechen, Syncope im Gefolge von Schüttelfrost, Knirschen mit den Zähnen, Schwindel, Gesichts- und Gehörsstörungen, Kopfschmerzen, Hautjucken, Contractionen der Gesichts- und Gliedmuskeln. Angegeben wird auch cerebrale Excitation und das Gefühl des Fliegens in der Luft. Aber die geringsten Chloroformintoxicationserscheinungen sind denn doch noch aufregender. Uebrigens kommen solche Erscheinungen, wie die oben geschilderten, ohne jede Anästhesie bei schwachen, ängstlichen, hysterischen und nervösen Personen ebenfalls vor. Man nehme nur mässige Dosen (Maximum 25 Centigramm, meist genügen 10—15 Centigramm). Uebrigens wird ja auch diese Menge nicht vollkommen resorbirt, weil ja beim Einschneiden mit dem Blute auch ein Theil der im Gewebe noch befindlichen Cocainlösung ausfliesst. Man hüte sich, in sehr vascularisirte Gewebe und in Venen zu injiciren.

Man kann den Erfahrungen zufolge das Cocain als ein mächtiges Analgesivum erklären, welches im Stande ist, in der gewöhnlichen Chirurgie die grössten Dienste zu leisten.

Literatur.

563. ***Lehrbuch der Kystoskopie, ihre Technik und klinische Bedeutung.*** *Von* ***Max Nitze*** *in Berlin. Mit 6 Tafeln und 26 Abbildungen im Texte. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1889.*

Mit diesem Lehrbuche sucht der Erfinder des Kystoskopes die Aerzte mit dem Wesen und der Technik der Blasenendoskopie bekannt zu machen und die grosse Bedeutung derselben für die Diagnostik der Blasenkrankheiten darzustellen. Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung über die Anfänge und Fortschritte in der Methode der Sichtbarmachung der inneren Körperhöhlen folgt eine anatomische Beschreibung des Blaseninneren und eine durch Illustrationen erläuterte Darstellung der Gleichgewichtslage einer in die Blase eingeführten Sonde unter normalen Verhältnissen, wie bei Blasen- und Prostataanomalien. Weiters gibt uns *Nitze* eine Schilderung des Principes seiner Beleuchtungsmethode, der ihm eigenthümlichen Benützung einer in die Blase selbst eingeführten Lichtquelle und deren stetige Verbesserung bis zu der jetzigen hohen Vollkommenheit durch Benützung eines elektrischen Mignonlämpchens. Hieran reiht sich die Beschreibung des von *Nitze* erfundenen optischen Apparates, dessen Aufgabe es ist, das mittelst des Lämpchens beleuchtete Gesichtsfeld der Katheterröhre zu erweitern und zu vergrössern. Die Handhabung und Benützung des Apparates bietet bei einiger Uebung und unter genauer Befolgung der Lehren des Verfassers keine grossen



Schwierigkeiten, doch muss die Kystoskopie eben auch gelernt werden, wie die Ophthalmo- und Laryngoskopie. Die Einführung des Instrumentes ist wegen des stumpfwinkligen Schnabels leicht und auch unter schwierigen Verhältnissen möglich. Die Schwierigkeiten liegen in der Gleichförmigkeit der Oberfläche des Blaseninneren, wodurch der Untersucher keinen Anhaltspunkt für die Orientirung hat und daher lernen muss, die Orientirung in den Eigenschaften seines Instrumentes selbst zu suchen. Die weitere Schwierigkeit liegt in der kranken Blase und deren Folgen. Die Blase muss zum Zwecke der Untersuchung angefüllt sein, dass ihre Wandungen vollkommen entfaltet sind. Des Verfassers Versuche haben ergeben, dass hierzu 150 Ccm. Flüssigkeit genügen, sowohl in Bezug auf die Anforderungen einer guten Beleuchtung, als auch freie Beweglichkeit des Instrumentes in der Blase. Alle Manipulationen müssen mit sterilisirten Instrumenten wie mit sterilisirten Flüssigkeiten geschehen. Verf. erklärt nun des Genaueren die Einführung, Hantirung und Untersuchung mit seinem Kystoskope, sowie das Verfahren bei vorhandenen Hindernissen. Bei grosser Reizbarkeit der Harnröhren, sowie Blasenschleimhaut leistet die vorherige Cocainisirung dieser Theile vortreffliche Dienste. *Nitze* liefert uns eine genaue Besprechung und Erklärung der verschiedenen mittelst des Kystoskopes zu erlangenden Bilder des Blaseninneren im gesunden und kranken Zustande, wobei er uns die Vortheile der endoskopischen Untersuchungsmethode gegenüber allen anderen bisher üblichen veranschaulicht. Eine Reihe vortrefflicher zum Theile farbiger Wiedergaben solcher endoskopischer Befunde ergänzen wirksam das Gesagte. Das Kystoskop leistet Ausgezeichnetes im Aufsuchen fremder Körper und zeigt sich hier allen anderen Methoden weit überlegen. Bei Neoplasmen ermöglicht die Kystoskopie eine Diagnose zu so früher Zeit, wo wir durch die anderen Untersuchungsmethoden noch keine bestimmten Anhaltspunkte zu erlangen im Stande sind. Aber auch für die Zustände in den Ureteren, respective Nieren kann uns die Kystoskopie Aufschluss geben durch directe Beobachtung des aus den Harnleitermündungen in die Blase einfliessenden Harnes. Das Kystoskop wird nach Verf's. Ansicht auch die heute so vielfach angefeindete Lithotripsie wieder zu Ehren bringen, da man nach vorgenommener Litholopaxie mit dem Kystoskope alle zurückgebliebenen Steinreste aufsuchen und deren Entfernung bewerkstelligen kann, somit der einzig berechtigte Vorwurf gegen die Lithotripsie gegenstandslos wird. Das Kystoskop bietet die Möglichkeit, auch kleine Blasentumoren mit Sicherheit diagnosticiren und dieselben per urethram entfernen zu können. Es hat diese Methode den Vortheil der Ungefährlichkeit vor der bisher geübten Sectio alta und der *Thomson*'schen Methode (Boutonière mit folgender Erweiterung des Blasenhalses, um von der Wunde aus in die Blase einzudringen). Mit dem Kystoskope kann man auch die chemische Zusammensetzung eines Blasensteines in der Blase selbst oder wenigstens dessen Aussenschichte erkennen. Der Besprechung der kystoskopischen Diagnostik sind entsprechende Beispiele aus der Praxis *Nitze's* und anderer Specialisten beigegeben und überdies sind 20 vom Verf. kystologisch diagnosticirte Fälle von Blasentumoren ausführlich mitgetheilt. In einem Nachworte wahrt *Nitze* mit Entschiedenheit sein Erfinderrecht gegenüber den Prätentionen des Wiener Instrumentenfabrikanten *Leiter* und zeigt, dass letzterer an der eigentlichen Construction des Instrumentes nicht den mindesten Antheil habe und nur einige unwesentliche Verbesserungen von *Leiter* herrühren. Auch das heutige Instrument *Leiter's*, das ja im Princip auch *Nitze's* Erfindung ist,



steht dem unter des Verf.'s Anleitung von *Hartwig* in Berlin dargestellten an Brauchbarkeit wesentlich nach. Das Buch ist sehr klar, bündig und verständlich geschrieben und ganz darnach angethan, dem so überaus nützlichen und in seiner heutigen Form auch wesentlich vereinfachten Kystoskope *Nitze's* die wohlverdiente Anerkennung auch in weiteren ärztlichen Kreisen zu verschaffen und die Endoskopie der Blase gleich der Laryngoskopie und Ophthalmoskopie als nothwendigen diagnostischen Behelf zu allgemeiner Anwendung in der ärztlichen Praxis zu führen.

Dr. *Baaz*, Graz.

564. ***Lehrbuch der Fracturen und Luxationen für Aerzte und Studirende.*** *Bearbeitet von Dr.* ***Albert Hoffa****, Docent der Universität Würzburg. 2. und 3. Liefg. (Schluss.) Würzburg, Druck und Verlag der Stahel'schen Universitäts-Buch- und Kunsthandlung. 1888.*

Mit dem vorliegenden stattlichen, die 2. und 3. Lieferung enthaltenden Bande schliesst *Hoffa* sein Lehrbuch der Fracturen und Luxationen ab. Das Lob, welches Referent schon im vorigen Jahre gelegentlich des Erscheinens der 1. Lieferung der Arbeit des Verf. zu Theil werden liess, kann nun mit vollem Rechte auf das vollendete Werk ausgedehnt werden. Es bildet eine äusserst fleissige, genaue und bei bündiger Kürze vollständige Bearbeitung dieses so wichtigen Abschnittes der Chirurgie. Auch diesem Bande sind gute Textillustrationen, sowie zum Theil färbige lithographische Tafeln zur Erläuterung des Textes beigegeben, welche vom Sanitätsrath Dr. *Florschütz* gezeichnet sind und sehr gut die pathognomonische Stellung und Haltung der fracturirten Glieder, wie auch die Anatomie der entsprechenden Knochenbrüche zur Anschauung bringen. Symptomatik, Mechanik und Therapie der einzelnen Fracturen erfahren eine gleich vollkommene wie eingehende Schilderung und so kann das Studium dieses Buches nur nochmals Aerzten wie Studirenden, welche sich über die Fracturen und Luxationen eingehender als in gewöhnlichen Lehrbüchern und Compendien der Chirurgie es möglich ist, Belehrung verschaffen wollen, bestens empfohlen werden.

Dr. *Baaz*.

565. ***Beiträge zur Lehre der Galactorrhoe.*** *Von Dr.* ***Otto v. Herff*** *in Halle. Berlin 1889. Heuser's Verlag. Mit 10 Tafeln und zwei Tabellen. 240 Seiten.*

Ein vom Verf. beobachteter Fall von Galactorrhoea paradoxa an einer 22jährigen Primipara gab ihm Veranlassung, dieser Frage näher zu treten und eine Reihe interessanter und instructiver Untersuchungen anzustellen. Die Arbeit des Verf.'s, welche noch jetzt im „Frauenarzte" erscheint, ist soeben in Buchform erschienen. In den Vorbemerkungen entwirft Verf. ein anatomisch-physiologisches Bild über die Nerven, die glatten Muskelfasern der Brustdrüse und theilt Beobachtungen über den Einfluss der elektrischen Reizung der Brustdrüse auf die Milchsecretion mit. Verf. verfährt hier kritisch und sucht dasjenige, was in der Literatur Gegenstand heterogener Ansichten ist, entsprechend zu erläutern und zu klären. Die *Röhrig*'sche Lehre über die vasomotorische Thätigkeit des Ram. inf. (Röhr.), über den reflectorischen Nerveneinfluss u. s. w. widerlegt Verf. an der Hand des *Eckhard*'schen Experimentes und eigener Deductionen. Die Galactorrhoea paradoxa der Patientin des Verf. war durch ein mangelhaftes Functioniren der Schliessmusculatur der Drüsen und durch eine erhöhte Reflexerregbarkeit derjenigen Nervenfasern, welche in den Milchgängen endigen, bedingt. Durch die Anwendung des elektrischen Stromes wurde das mangelhafte Functioniren der Schliess-



musculatur dauernd gebessert. Vorübergehend besserte sich die erhöhte Reflexerregbarkeit. Andere Ursache des Milchflusses konnte Verf. in seinem Falle nicht auffinden. Verf's. Angaben über den Verlauf der Menge der ausgelaufenen, der getrunkenen und der Gesammtmenge der Milch, das Verhalten der Milchsecretion und des Milchflusses während und nach der Entwöhnung des Kindes, der Einfluss der Ernährung etc. auf die Milchbildung sind äusserst übersichtlich und klar dargestellt. Bei Besprechung der Menstruation und deren Einfluss auf die Secretion schliesst sich Verf. der Ansicht *Joux*', welcher einen nachtheiligen Einfluss der Periode auf die Milch nicht beobachtete, an. Höchstens war die Menge derselben etwas vermindert. Auch der Einfluss des Secale cornutum, des Natrium salicylicum, der Genitalaffectionen und der Gemüthsbewegungen auf die Milchsecretion werden vom Verf. ausführlich besprochen. In dem letzten Theile der Monographie wird speciell auf die Milch der Patientin hinsichtlich ihrer morphologischen Bestandtheile und des physikalischen und chemischen Verhaltens eingegangen. Wenn man bedenkt, dass Verf. an der Hand eines sehr spärlichen Materiales trotzdem eine so fleissige und kritische Bearbeitung der Polygalactie uns gegeben, so ist ihm dies hoch anzuschlagen. Der Arbeit ist eine Zusammenstellung der vom Verf. benützten Literatur beigefügt. Wir vermissen darin die Arbeiten *Pamo's*, *Doe's*, *Joulin's* und *Borgesio's*. (Confer. *Kleinwächter's* treffliche Bearbeitung der Puerperalkrankheiten in *Eulenburg's* Encyclopädie, Bd. XVI, pag. 215.) Der Monographie des Verf. sind 2 Tabellen und 10 Curventafeln beigefügt. Jeder, der früher oder später an die wissenschaftliche Bearbeitung der Polygalactie herantreten wird, kann mit der Ueberzeugung das Buch des Verf. in die Hand nehmen, darin sicherlich recht viel interessantes und kritisch gesichtetes Material zu finden. *v. Swiecicki.*

566. ***Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz.*** *Von Sanitäts-Rath Dr.* ***Victor v. Gyurkovechky.*** *(Urban und Schwarzenberg. Wien und Leipzig. 1889.)*

„Es ist unter allen Umständen ein Wagniss, über Impotenz zu schreiben," sagt der Autor in der Einleitung seiner höchst belehrenden Arbeit, „ein noch grösseres Wagniss, über den verpönten Gegenstand ohne die übliche Heuchelei und ohne das bislang geübte hypocrite Augenverdrehen die nackte Wahrheit zu sagen". Von welch mächtigem bedeutungsvollen Einfluss die männliche Impotenz auf das einzelne Individuum und in seinen Consequenzen auf die socialen Verhältnisse ist, darüber gibt der Autor einige Andeutungen. So sagt *Krafft-Ebing:* „Jedenfalls bildet das Geschlechtsleben den g e w a l t i g s t e n F a c t o r im individuellen und socialen Dasein, den mächtigsten Impuls zur Bethätigung der Kräfte, zur Erwerbung von Besitz, zur Gründung eines häuslichen Herdes, zur Erweckung altruistischer Gefühle, zunächst gegen eine Person des anderen Geschlechtes, dann gegen die Kinder und im weiteren Sinne gegenüber der gesammten menschlichen Gesellschaft". *Lallemand* sagt: „Le sentiment de l'impuissance est le plus humiliant qui puisse affliger l'home; car il le dégrade à ses propres yeux, sans lui laisser une seule illusion possible, un seul instant de misericorde." „Der vorzeitig impotent Gewordene zählt zu den unglücklichsten Geschöpfen; sein Unglück ist um so grösser, als er sich desselben schämen, es verbergen muss; er wird von Niemandem bemitleidet, höchstens verhöhnt und findet leider auch nur selten Hilfe. Trotz der anscheinenden Gesundheit ist der Impotente fast immer schwermüthig, unzufrieden, mürrisch. Der vorzeitig Impotente ist immer übelgelaunt, er ist missgünstig, feige,

neidisch und böse. Ohne Ausnahme sind alle Impotenten sehr eifersüchtig, was wohl sehr begreiflich ist. Diese bösen Eigenschaften treten um so deutlicher hervor, je jünger, körperlich schöner und im Range höher stehend das betreffende impotente Individuum ist", so der Autor. Wir könnten zu dieser Blumenlese noch andere aus der fremden Literatur beifügen, doch werden diese angeführten hinreichen, um den tiefer blickenden Leser von der Bedeutung und praktischen Wichtigkeit der vorliegenden Arbeit zu überzeugen. In derselben liegt ein reicher Schatz von eigener Erfahrung und Beobachtung. Der Autor war auch bemüht, den Gegenstand, dessen Tragweite entsprechend, nach jeder Richtung hin wissenschaftlich zu beleuchten; Anatomie, Physiologie, Aetiologie, Diagnose, Prognose, Prophylaxis, Therapie sind ausführlich berücksichtigt, so dass der praktische Arzt klare Darstellung und reiche Belehrung in der 176 Seiten fassenden Arbeit finden wird. Druck und Ausstattung gereicht den Verlegern zur Ehre. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

567. ***Handbuch der Hygiene.*** *Von Dr.* **J. Uffelmann,** *a. o. Professor und Vorstand des hygienischen Institutes an der Universität in Rostock. Mit zahlr. Holzschnitten. Erste Hälfte. (Bogen 1—26.) Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1889.*

Schon der Name des auf hygienischem Gebiete so vielseitig fruchtbaren Verfassers bürgt dafür, dass das vorliegende Handbuch in der Fachliteratur eine hervorragende Stelle einnehmen wird. Wenn wir uns eine eingehende Würdigung des originellen Planes, nach welchem *Uffelmann's* Handbuch der Hygiene durchgeführt ist, bis zu dem noch im Laufe dieses Jahres erscheinenden Schluss des Werkes vorbehalten, so können wir doch auch schon diesmal hervorheben, dass in den im vorliegenden Bande abgehandelten Capiteln bei einer nicht in's Breite gehenden Darstellung der Inhalt ein erschöpfender ist. Sowohl der ausführliche Literaturnachweis, als die im Anhange eines jeden Capitels in kleingedruckter Schrift beigegebene Darstellung der Untersuchungsmethode sichern dem Werke auch die Anwendung als Hilfsmittel bei den Arbeiten in den hygienischen Instituten. Im vorliegenden Bande finden wir nach einer kurzen Einleitung und nach einem Ueberblick über die Hilfswissenschaften der Hygiene folgende Capitel abgehandelt: Licht, Luft, Wasser, Boden, Ernährung, Hautpflege, Arbeit, Ruhe und Schlaf, Hygiene der Wohnungen, Hygiene der Ortschaften. *Löbisch.*

568. ***Leitfaden für Operationsübungen am Cadaver und deren Verwendung beim lebenden Menschen.*** *Von Prof.* **Gurlt.** *Siebente verbesserte Auflage. Berlin. Verlag A. Hirschwald. 1889.*

Gurlt's Leitfaden erfreut sich einer ausgebreiteten Popularität — er dürfte jetzt kaum in der Bibliothek eines praktischen Arztes als ein erwünschtes Memorandum fehlen, für den Studirenden als elementare Anleitung zum Operiren kaum entbehrlich sein. Die siebente Auflage des beliebten Leitfadens, mit einigen zeitgemässen Aenderungen und Zusätzen versehen, war angesichts der bereits erschöpften, im Jahre 1885 erschienenen 6. Auflage sehr angezeigt. Die vielfach anerkannten Vorzüge des Büchleins werden der neuen Auflage gewiss noch grösseren Verbreitungskreis verschaffen. *Karlinski.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

569. ***Ueber das neue Weigert'sche Schwindsuchts-Heilverfahren.*** *Nach dem Vortrag des Prof. Dr.* ***Kohlschütter*** *im Aerzte-Verein zu Halle a. S. (Pester med.-chir. Presse. 1889. 17.)*

Schon als die *Weigert*'sche Schwindsuchts-Heilmethode zuerst in den Tagesblättern auftauchte, schien es mir nicht richtig, dieselbe ohne Weiteres von der Hand zu weisen, denn die Logik der theoretischen Deduction trug eine gewisse überzeugende Kraft in sich. Für ihre Richtigkeit sprach vor allen Dingen der Umstand, dass die Tuberkelbacillen, wie wohl keine anderen, ganz besonders empfindlich sind gegen die Einflüsse der Temperatur. Schon bei 38·5° C. werden sie wesentlich geschwächt, über 42° C. können sie nicht ertragen. Man dürfte allerdings annehmen, dass, wenn es möglich sei, die Stellen in der Lunge, welche Tuberkelbacillen enthalten, bis zu solchen Graden zu erhitzen, dies auf die Tuberkelbacillen verderblich wirken müsse. Aber andererseits leuchtet es uns nur schwer ein, dass die in der Lunge so vortrefflich vor äusseren Einflüssen geschützt liegenden, von necrotischen Geweben umgebenen Bacillen von der heissen Luft überhaupt erreicht werden. Ein zweites Bedenken erhebt sich mit der Frage: Wenn eine Heilung auf diese Weise möglich ist, wird sie erzielt werden können, ohne dass die afficirten Theile der Lunge continuirlich der heissen Luft ausgesetzt werden? Denn es kann, schon wegen technischer Schwierigkeiten, die Einathmung durch den Kranken nur in grossen Zwischenräumen und nur während höchstens zwei Stunden in jeder Sitzung geschehen. Denn man kann nicht unbestimmt lange Zeit am Apparat athmen; unter meinen Kranken, die augenblicklich inhaliren, hat es vor der Hand nur einer auch nur bis auf eine Stunde gebracht. Ich hoffe mit fortschreitender Uebung die Inhalationszeit verlängern zu können. Freilich werden in zwei Stunden nicht alle Bacillen getödtet, es wachsen jedenfalls immer wieder neue nach, und so scheint es denn, als ob die Sache immer beim Alten bliebe und die Frage, ob eine intermittirende Sterilisation genüge, auf die Dauer hin tödtend zu wirken, einfach zu verneinen sei. Bei näherer Betrachtung musste man aber doch die Möglichkeit zugeben. Man kann sich die schliessliche Erreichung einer vollkommenen Sterilisation durch die intermittirende ungefähr so vorstellen, wie im Groben das Ausrotten des Unkrautes durch die Landwirthe, die den Acker pflügen, das Unkraut aufschiessen lassen und ehe es zur neuen Blüthe und Frucht gekommen ist, abermals unterpflügen, oder wie bei der bekannten Methode der Sterilisirung der Milch, bei der man ja auch nur die ausgewachsenen Keime, nicht die Dauerformen, abtödtet, aber immer wieder in so rascher Aufeinanderfolge, dass schliesslich die ganze Generation Mangels Nachwuchses erlischt. Diese Ueberlegung musste also dahin führen, nicht von vorneherein die Möglichkeit abzustreiten, dass auch durch discontinuirliche, je eine Stunde währende Einathmung heisser Luft die Bacillen in den Lungen schliesslich gänzlich abgetödtet werden können. Freilich gelten alle diese Erwägungen nur für die Möglichkeit; sie würden nicht Stand halten, wenn nicht Thatsachen ihnen zur Seite ständen. Es ist unzweifelhaft ein Verdienst von *Weigert,* dass er erstens experimentell diese Thatsache — die Möglichkeit, durch discontinuirliche, periodische Eiwirkungen die Wucherung der Tuberkelbacillen aufzuhalten und so allmälig die ganze Colonie zum Absterben zu bringen — festgestellt und ebenfalls durch den Versuch die zweite überraschende Thatsache constatirt hat, dass der



Mensch ohne Schaden übermässig erhitzte trockene Luft einzuathmen vermag. Das Thermometer, an welchem die einzuathmende Luft in *Weigert's* Apparat vorbei streicht, zeigt 250°—300° C. Nun ist natürlich die Luft, wenn sie in den Mund kommt, weniger hoch temperirt, sie kühlt sich vom Thermometer zum Mund noch etwas ab, wenn der Mund nicht besonders sorgfältig geschlossen wird, kommt nebenbei immer Luft durch Mundwinkel und Nasenlöcher; der Gummi wird locker u. s. w. — kurz 250° hat die Luft nicht, welche de facto eingeathmet wird, aber ihre Temperatur muss immerhin sehr hoch sein, da die Exspirationsluft noch bis auf 60° temperirt ist. Das würde ja schon vollständig genügen. Damit waren die Vorbedingungen für den Versuch gegeben. Ein eigenthümlicher Zufall brachte es dahin, dass ich einen Kranken, der sich auf eigene Faust den *Weigert*'schen Apparat hatte kommen lassen, untersucht und beobachtet habe, und ich will gleich hier hinzufügen, dass die Resultate dieser Beobachtungen mich veranlasst haben, selbst einen Apparat anzuschaffen und damit die Beobachtungen auch an anderen Kranken fortzusetzen. Die Resultate dieser Beobachtungen, welche sich über sieben Wochen erstrecken, d. h. die Veränderungen, die sich allmälig bei dem Kranken zeigten, waren zunächst: eine beträchtliche Ausdehnung des Thorax; der Umfang desselben ist von 89—95½ Cm. gewachsen. Ferner ist ein auf der linken Seite vorhanden gewesenes pleuritisches Exsudat verschwunden; verschwunden auch sind die abnormen Athem- und Rasselgeräusche, sowie die Dämpfung. Wir haben jetzt auf beiden Seiten ganz normales, reines Athmen. Das sind Folgen der durch die Inhalation veranlassten Tiefathmung, wie sie bei jeder Behandlung, die zu gleicher Athmung zwingt, eintreten, und wie ich sie selbst in Folge der letzteren seiner Zeit beobachtet habe. Wichtiger als diese Erfolge ist das Ergebniss der Sputum-Untersuchungen auf Bacillen. Ich bin bei denselben mit ganz besonderer Sorgfalt zu Werke gegangen, habe stets von 5 oder 6 verschiedenen Stellen des Sputums Präparate angefertigt und dieselben auf's Genaueste durchmustert. Die erste Untersuchung ergab Bacillen in reichlicher Anzahl, bei der zweiten Untersuchung nach mehrwöchentlicher Behandlung fand ich im ersten Präparat sehr wenig Bacillen, im zweiten gar keine, im dritten vielleicht vier u. s. w., in allen zusammen vielleicht einige 30 Bacillen. Der Unterschied im quantitativen Befund konnte auf Zufall beruhen, aber eine erneute Untersuchung nach abermals drei Wochen hat mir das gleiche Resultat ergeben. Was mir bei diesen letzten Untersuchungen ganz besonders auffällig war, ist, dass die Bacillen sich in einem anderen Zustande befinden. Während nämlich in den ersten vor Beginn der Einathmungen hergestellten Präparaten gleichmässig vertheilte, vollausgebildete Bacillen waren, so finden wir jetzt nur die perlschnurförmigen stets in Häufchen von 3 bis 4 zusammen, und es war dieser Befund, welcher mich bestimmte, weitere Versuche mit dem Apparate anzustellen, die denn jetzt noch im Gange sind. Die von mir bisher gemachten Beobachtungen bestätigen die Angaben *Weigert's* über die nächsten Wirkungen der Heissluftathmung. Es trat in allen Fällen mit einer Ausnahme eine kleine Erhöhung der Temperatur und zwar sowohl der Achselhöhlen- wie der Mastdarmtemperatur durch die Inhalation ein, von 0·1—0·3°, die aber nur kurze Zeit anhielt. Die Ausnahme betrifft einen Kranken, bei dem die Inhalationsstunde gerade auf die gewöhnliche Remissionszeit fiel. Die Durchschnittstemperatur hat sich für den nicht fiebernden Kranken in längerer Beobachtung nicht vermehrt gezeigt — an fiebernden habe ich noch nicht lange genug

beobachtet, um bestimmt urtheilen zu können; eine Curve zeigt während der Inhalationsperiode etwas höhere Durchschnittstemperatur als unmittelbar vorher. Die Pulsfrequenz steigert sich nur wenig. Der Patient, der nun 7 Wochen inhalirt, und zwar täglich zweimal, hat vor und nach jeder Inhalation seinen Puls gezählt und dabei hat sich für die ganze Summe der Pulsschläge nur eine Differenz von 5 vor und nach der Inhalation constatiren lassen. Die Athemzüge werden tiefer und damit seltener. Früher bestandene Athemnoth ist geschwunden, weite Wege und Steigungen sind möglich. Der Husten hat sich anfangs etwas, die Expectoration erheblich vermehrt; dann aber ist beides geringer geworden und jetzt ist weder Husten, noch Auswurf mehr vorhanden. Die Ernährung hat Fortschritte gemacht; das Körpergewicht hat sich von 73 auf 73·57 Kilo erhöht. Das subjective Befinden — und das gilt auch von Patienten, die erst kurze Zeit inhaliren — ist ausserordentlich gut. Es ist nun abzuwarten, wie sich der Bacillenbefund weiterhin gestalten wird. Dass sie in den 7 Wochen der bisherigen Behandlung noch nicht gänzlich verschwunden sind, liegt in der Natur der Sache. Wir können eben nicht erwarten, dass mit einem Schlage alle Bacillen inclusive ihrer Dauerformen abgetödtet werden; das leistet uns keines der uns für ärztliche Zwecke zu Gebote stehenden antiparasitären Mittel und wenn mit der *Weigert'*schen Methode auch nur täglich eine kleine Anzahl mehr unschädlich gemacht werden als sich neu bilden, so wäre in ihr doch schon eine ganz anders wirksame Waffe gegen die deletäre Krankheit gegeben, als uns bis jetzt zu Gebote stand. Wer jemals ihre Entwicklung von den unscheinbaren Anfängen an zu den herzerschütternden Scenen der Hektik verfolgt hat, wird trotz aller dieser Schwierigkeiten gern nach der neuen Waffe greifen, wenn sie auch nur einige Aussicht auf Erfolg bietet.

Kleine Mittheilungen.

570. ***Gegen die hartnäckigen Diarrhöen der Phthisiker*** fand ***Ludw. Polyak*** (Orvosi hetilap. 1888. 51) das von *Debove* empfohlene Magnesium silicicum (Talcum venetum) von bester Wirkung. Die Tagesdosis beträgt 200 Gramm Talcum in 1/2 Liter Milch gut aufgeschüttelt. Man kann sogar 4—600 Gramm Talcum geben. Die gute Wirkung tritt schon nach 2tägigem Gebrauche ein, hört jedoch beim Aussetzen dieser Behandlung auf. Die Milch soll von den Kranken in dieser Form besser und lieber genommen werden als die gewöhnliche Milch. Das Talcum ermöglicht daher das Trinken dieses wichtigen Nahrungsmittels. Leider werden am 5.—7. Tage dieser Behandlung die Kranken von einem quälenden Druckgefühl im Magen und Darme geplagt, was sich durch die Anhäufung grösserer Mengen dieses Pulvers erklären lässt.

571. ***Mundwasser zum Reinigen und Ausspülen des Mundes*** nach ***Garretson:***

Rp. *Tinct. myrrhae*
Tinct. capsic. annui } . . *ana* *3·0*
Aq. dest. . . . . *96·0*
M. D. S. Aeusserlich.

Nöthigenfalls kann noch etwas Carbolsäure oder Thymol zugesetzt werden.
(Med. Times. 15. December 1887. — Deutsche Med.-Zeit. 1889. 33.)

572. Prof. ***Schiffer*** in Lüttich fand als ***wirksames Mittel gegen das Erysipel der Nasenhöhle,*** welches durch dieselben specifischen Infectionsstoffe hervorgerufen wird, wie das Gesichtserysipel und mit welchem es häufig combinirt vorkommt, das Einlegen von Sublimatwattetampons und bei starker eiteriger Absonderung die Ausspülung der Nasenhöhle mit Sublimatlösungen (0·5 : 2000). (Wien. Med. Wochenschr. 1888. 41. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 36.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Behrens, Dr. Wilh. Julius (Göttingen), Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik. Herausgegeben unter besonderer Mitwirkung von Prof. Dr. *Leop. Dippel* in Darmstadt, Prof. Dr. *Max Flesch* in Frankfurt a. M., Dr. *Paul Schiefferdecker* in Bonn und Prof. Dr. *Arth. Wichmann* in Utrecht. Bd. VI, Heft I. Mit 10 Holzschnitten. Braunschweig, Harald Bruhn, 1889.

Brügelmann, Dr. W., Director der Curanstalt Inselbad-Paderborn. Ueber den Hypnotismus und seine Verwerthung in der Praxis. Berlin, Spittelmarkt 2, Neuwied a. Rhein, Heuser's Verlag (Louis Heuser), 1889.

Mileticiu, Dr. G., Considerationi asupra Tratamentului alicuatilor de *Croiora*. Tipo-Litografia nationale Raliao si Jonas Samitea, 1889.

Müller, Dr. P., Handbuch der Geburtshilfe. Bearbeitet von Prof. Dr. *H. Fehling* in Basel, Prof. Dr. *H. Fritsch* in Breslau, Prof. Dr. *F. Kehrer* in Heidelberg, Prof. Dr *L. Kleinwächter* in Czernowitz, Prof. Dr. *O. Küstner* in Dorpat, Prof. Dr. *P. Müller* in Bern, Prof. Dr. *F. Schauta* in Prag, Privatdocent Dr. *J. Veit* in Berlin, Dr. *R. Werth* in Kiel. Herausgegeben von —. Drei Bände, III. Band. Mit 93 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Politzer, Dr. Adam, k. k. a. ö. Professor der Ohrenheilkunde an der Wiener Universität etc. etc. Die anatomische und histologische Zergliederung des menschlichen Gehörorgans im normalen und kranken Zustande für Anatomen, Ohrenärzte und Studirende. Mit 164 Abbildungen und 1 in den Text gedruckten Tafel. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Rosenfeld, Dr. Med., Assistent am chemischen Laboratorium der med. Klinik in Breslau. Diagnostische Semiotik des Harns. Herausgegeben von —. Breslau, Verlag von Preuss & Jünger, 1889.

Roser, Geh. Med.-Rath, *Dr. W.,* weiland Professor der Chirurgie in Marburg. Wie entstehen die Brüche? Ist ein Unterleibsbruch als Unfall zu betrachten. Marburg, N. G. Elwert'sche Verlagsbuchhandlung, 1889.

Volkmann Richard v. Sammlung klinischer Vorträge. In Verbindung mit deutschen Klinikern, herausgegeben von —. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel, 1889.

Nr. 336. *Peyer Alexander.* Die Phosphaturie.

Nr. 337. *Wells, Thomas Bart.* Ueber Krebs und carcinomatöse Krankheiten. Verdeutscht von Dr. *F. A. Junker v. Langegg.*

Nr. 338. *Landau Leopold,* Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses.

Nr. 339. *Fritsch Heinrich,* Sechzig Fälle von Laparomyomotomie mit epikritischen Bemerkungen über die Methoden dieser Operation.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





5 Flaschen gegen Postnachnahme von fl. **1.50** ö. W.
Kefiransatz
zur dauernden und leichtesten Selbstbereitung von frischem Kefir à fl. **7.50** ö. W. liefert
1 Die Kefiranstalt in Teschen.



Aus Resina-Cellulose verbessertes Papier-Machée, widersteht allen verdünnten Chemikalien. **Vollkommen wasserdicht.** Erzeuge **Irrigatoren, Lavoirs, Eiterbecken, Kannen, Instrumentencassetten** und **Tassen, Nachtgeschirre, Fassbadwannen, Krüge, Becher, Flaschen etc.** 13
JULIUS KRONIK in Wien, Ottakring, Payergasse 4.

Holzfaserverband.

Diese von uns als „Holzcharpie" in den Handel gebrachte Faser hat durch ihre **Sauberkeit**, ihre **Feinheit** und **Weichheit**, sowie durch ihr **vorzügliches Aufsaugungsvermögen** einen grossen Vorzug vor vielen anderen Verbandmaterialien. Die Holzcharpie wird **ohne jede weitere Desinfection, ohne jede vorherige Präparation mit einem Antisepticum zur Anwendung gebracht**, übt in Folge ihrer **Elasticität** die nothwendige **Compression** und eignet sich ganz besonders zu **Dauerverbänden**. Die Holzcharpie ist das bequemste und billigste Verbandmaterial. — *Muster und Referenzen stehen zu Diensten.* — Gefl. Aufträge beliebe man zu adressiren an die **Erste öst.-ung. Holzfaser-Fabrik**

Nüscheler & Comp.

Einsiedling, Post Vorchdorf in Ober-Oesterreich. 9

Mikroskope. Der Unterzeichnete beehrt sich ergebenst mitzutheilen, dass seine Kataloge: Nr. XIII in deutscher Sprache, Nr. IV in italienischer Sprache, Nr. V in französisch-englischer Sprache über **Mikroskope, Microtome, Haemometer, Spectropolarimeter etc.,** sowie **neue apochromatische Objective** erschienen sind und auf Verlangen gratis und franco zugesendet werden. 5
C. Reichert, Mikroskop-Fabrikant in Wien, VIII., Bennogasse 26.

St. Johanns-Spitals-Apotheke Salzburg. 6

Specialgeschäft zur Versorgung der **ärztlichen Hausapotheken** mit **echten Medicinalwaaren,** Utensilien u. **antisept. Verbandstoffen** zu den möglich billigsten Tagespreisen. *Erster antisept. Verband zu Handen des Arztes. — Gesetzlich geschützt. — Gegen Einsendung von fl. 1.50.* — Preisliste umgehend zu Diensten.
J. R. v. ANGERMAYER.

Specif. Mundseife „Puritas".

Das einzige jemals auf einer Weltausstellung (London 1862) mit einer Preismedaille ausgezeichnete, weil rationellste u. delicateste Conservirungsmittel der Zähne. 1 Dose fl. 1.—. Von **Med. Dr. C. M. Faber,** Leibzahnarzt weil. Sr. Maj. des Kaisers Maximilian I., **Wien, I., Bauernmarkt 3.** 3

Verlag von URBAN & SCHWARZENBERG, WIEN UND LEIPZIG.

Handbuch der Hygiene.

Von
Dr. J. UFFELMANN,
o. ö. Professor und Vorstand des hygienischen Instituts an der Universität in Rostock.

I. Hälfte (Bogen 1—26).
Preis: 6 fl. ö. W. = **10** Mark broschirt.

Kehlkopfcatarrh und Heiserkeit wesentlich gebessert nach Verbrauch von 17 Flaschen Johann Hoff'schen Malzextract-Gesundheitsbieres u. Brust-Malzbonbons. Seit 40 Jahren bewährt.



Ew. Wohlgeboren! Mit Vergnügen mache ich Ihnen die erfreuliche Mittheilung, dass meine Tochter, seitdem sie die **17 Flaschen Johann Hoff'sches Malzextract-Gesundheitsbier und Brust-Malzbonbons genommen hat, sich wesentlich besser fühlte,** namentlich hat sich bei ihr der Kehlkopfcatarrh mit Heiserkeit bedeutend vermindert. Ich ersuche daher höflichst um abermalige Zusendung, von 25 Flaschen Malzextract-Gesundheitsbier und Brust-Malzbonbons. Marienfeld, am 5. April 1888.

Christoph Stock, Kreisarzt.

Warnung! Man hüte sich vor Täuschungsversuchen durch Nachahmungen und achte auf die Original-Schutzmarke (Bildniss und Unterschrift des Erfinders Johann Hoff). Zu haben in allen Apotheken, Droguerien und grossen renommirten Geschäften.

Preise ab Wien: Malzextract-Gesundheitsbier (sammt Kiste und Flaschen): 6 Flaschen fl. 3.88, 13 Flaschen fl. 7.32, 28 Flaschen fl. 14.60, 58 Flaschen fl. 29.10. — Concentrirtes Malzextract 1 Flacon fl. 1.12, ½ Flacon 70 kr. — Malz-Gesundheits-Chocolade ½ Kilo I. fl. 2.40, II. fl. 1.60, III. fl. 1. — Brust-Malzbonbons in Beuteln à 60, 30 und 15 kr.

Unter 2 fl. wird nichts versendet. 17

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

573. ***Ueber die Heilbarkeit der Lebercirrhose.*** *Von Prof. **M. Semmola**. (Il progresso medico. 1889. 6. 7. 8.)*

Aus einer eingehenden klinischen Besprechung des bekannten Klinikers *Semmola* in Neapel ist zu entnehmen, dass zur Stellung einer bestimmten Prognose bei constatirter Lebercirrhose die in 24 Stunden entleerte Harnstoffmenge ausschlaggebend sei. Er glaubt auf dieses Verhalten des Harnstoffes in seiner Quantität der Ausscheidung bei dieser Krankheitsform der Leber ein um so grösseres Gewicht zu legen, als er in der Literatur diesen Punkt nicht erwähnt findet, er selbst aber in der Lage war, bei 7 klinisch beobachteten Fällen aus der Menge des in 24 Stunden entleerten Harnstoffes in präciser Weise die Prognose zu stellen. Eine zunehmende Ausscheidung ist für die Prognose eine viel günstigere, als eine Abnahme. Die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes hängt mit der Functionsfähigkeit der Leberzellen zusammen; je mehr Leberzellen in normaler Weise thätig sind, desto grösser die Menge des in 1000 Grm. Urin enthaltenen Harnstoffes, je weniger Zellen functioniren, desto geringer der chemisch biologische Vorgang, desto geringer der Eiweissumsatz, desto geringer die Harnstoffmenge etc., so dass aus der Menge des Harnstoffes auf den Grad der Affection geschlossen werden kann, indem diese ein sicheres diagnostisches und prognostisches Kriterium abgibt. In Bezug auf Therapie tritt der Autor für eine ausschliessliche Milchdiät ein und scheint, dass die Milchdiät nur bei Ascites in Folge von Lebercirrhose am Platze sei, während bei Ascites aus anderen Ursachen dies nicht der Fall ist. Die Milchdiät muss aber energisch angeordnet und consequent durchgeführt werden. 100 Grm., 3stündlich genommen, ist die beste Form, kleinere Gaben in grösseren Intervallen rufen eher Diarrhöen hervor, die nicht erwünscht sind. Die Urinmenge muss steigen, Stuhlverstopfung muss beseitigt werden. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

574. ***Das Pancreas und die kreidefarbigen Stühle.*** *Von Dr. **Walker**. (Practitioner. Mai 1889.)*

In der königl. medic.-chirurg. Gesellschaft zu London hat Dr. *J. Walker* höchst interessante Mittheilungen gemacht über den Zusammenhang von farblosen oder thongelben Stühlen ohne Icterus bei Erkrankungen des Pancreas. Er berichtet über zwei Fälle, in welchen das ganze Leben hindurch die Stühle farblos

waren. Die von dem Autor gestellte Diagnose auf Obstruction des Duct. pancreat. ohne einer solchen des Duct. hepat. bestätigte die Autopsie. Aus diesen Fällen und aus anderen experimentellen und klinischen Beobachtungen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen: 1. Die farblosen oder thongelben Stühle sind nicht immer der Ausdruck einer Lebererkrankung oder einer Behinderung des Gallenabflusses. 2. Die Bildung von Hydrobilirubin, des die Fäces färbenden Stoffes, hängt von der gegenseitigen Reaction des Pancreassaftes und der Galle ab, die in intestino statthat. 3. In Krankheiten wird ein Mangel an Pancreassecret und Mangel an Galle die farblosen Stühle bedingen. 4. Tritt nun ein Theil der umgewandelten Gallenfarbstoffe als Hydrobilirubin in den gefärbten Fäces zu Tage, während das unveränderte Bilirubin, Bilifuscin und Biliverdin absorbirt wird, so kann das Hydrobilirubin nur mit Hilfe des Pancreassaftes entstehen, und so kömmt demnach dem Pancreas insoferne eine bedeutende regulirende Wirkung der Gallenverwerthung zu, als dessen Secret zu bestimmen scheint, wie viel Galle mit den Fäces entleert, und wie viel im Intestinaltracte zur Absorption gelangt. Mit dieser Auffassung stimmen auch die Versuche von *Claude Bernard*; ferner auch die klinischen Beobachtungen, dass manche Arzneimittel reichliche gallige Stühle bedingen, welche Mittel auf die Gallensecretion absolut nicht wirken. In dieser Weise würden auch jene bis nun räthselhaften Fälle sich erklären lassen, in welchen ohne bestimmte nachweisbare Hemmung der Gallensecretion, oder behinderten Abfluss derselben, die farblosen, lehmfarbigen Stühle persistent sind. Die praktische Bedeutung dieser Beobachtungen für die Diagnose der Erkrankungen des Pancreas und der Leber ist sehr einleuchtend.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

575. ***Stomatitis ulcerosa.*** *Von* ***Frühwald.*** *(Jahrb. d. Kinderheilkunde. 1889. 2. 8.)*

Nach *Frühwald* beginnt die Stomatitis ulcerosa der Kinder als Gingivitis catarrh. am äusseren Zahnfleischsaume der Schneidezähne. Das Zahnfleisch, in eine pulpöse Masse umgewandelt, zerfällt weiterhin unter ausserordentlich gesteigerter Salivation und penetrantem Foetor ex ore. Gangrän der Weichtheile, Kiefernecrose können folgen; Drüsenschwellungen sind eine gewöhnliche Erscheinung. Prädisposition geben ab nach *Frühwald* ungenügende Reinigung der Mundhöhle, ein an und für sich schlaffes Zahnfleisch, Rhachitis, Scrophulose, vielleicht auch klimatische Einflüsse, ferner sicherlich Allgemeinerkrankungen (Infectionskrankheiten, Scorbut), endlich die auf so verschiedenen Wegen mögliche Einwirkung auf den Körper durch Blei, Kupfer, Quecksilber und Phosphor. Therapeutisch empfiehlt *Frühwald* Jodoform und eventuell hier und dort den Lapisstift. Auf Gelatine, Bouillon und Kartoffeln gelang es ihm, mehrere Coccen- und Stäbchenculturen zu züchten. Von letzteren zeichnete sich eine durch auffallend fötiden Geruch aus. Einzeln, gepaart und in Haufen, von einem Hof umgeben, liegen die Bacillen da. Sie sind nach *Frühwald* von einer zweifellos pathogenen Bedeutung: 1. Injection in den Pleuraraum aus aufgeschwemmter Kartoffelcultur — Pleuritis exsudativa, Tod des Versuchsthieres; 2. subcutane



Injection in das Kaninchenohr — Abscesse in loco; 3. Injection in die Bauchhaut eines Meerschweinchens — Peritonitis und Tod. *Frühwald* glaubt, hier eine fäulnisserregende Bacterienart annehmen zu können, die man noch nie im Munde fand. Gährung innerhalb der Eiweissreste daselbst, Ptomainbildung, putride Intoxication hier und dort — hierin soll nach *Frühwald* die Hauptwirkung jener Bacterienart liegen. *Friedheim,* Leipzig.

576. ***Ueber Hysteria pulmonalis beim Manne.*** *Von* ***E. Laurent.*** *(L'Encéphale. 1889. 9. 1. — Schmidt's Jahrb. 1889. 4.)*

1. 43jähriger Bauer aus nervöser Familie. Mit 17 Jahren Krampfanfälle. Unregelmässiges Leben. Während eines Streites erhielt der Kranke einen Messerstich in die Gegend des unteren Schulterblattwinkels. Nach 5 Tagen Hämoptysis, die sich mehrmals wiederholte. Später Krampfanfälle, welche jedesmal von Blutspucken begleitet waren. Die Untersuchung der Lungen ergab durchaus normale Verhältnisse. Vollständige rechtsseitige Hemianästhesie. Grosse hysterische Anfälle. Am Ende der epileptoiden Periode einige kurze Hustenstösse, durch welche ein Mund voll Blut entleert wurde. Ebenso am Ende der 2. Periode Entleerung reichlicher Blutmengen, die zum Theil mit Kraft an die Wand gespuckt wurden. Tägliche Anfälle. Sehr guter Ernährungszustand. Durch hypnotische Suggestion gelang es, die Anfälle seltener werden zu lassen. — 2. 25jähriger Bauer aus nervöser Familie. Unregelmässiges Leben. Im Gefängnisse kurze fieberhafte Erkrankung. Einen Monat später allgemeine Abgeschlagenheit, Schmerzen in der Gegend der falschen Rippen und Entleerung von etwa 1 Liter Blutes durch den Mund. Das Blutspucken hielt durch mehrere Tage an. Der Kranke hatte ein blühendes Aussehen, athmete sehr rasch, war aufgeregt, delirirte zeitweise, hatte kein Fieber. Er klagte über Kopfschmerzen, Schwindel. Er fühle zeitweise eine Kugel von der rechten Achsel nach dem Halse steigen, Prickeln und Stechen im rechten Beine, es werde roth vor den Augen, alles drehe sich und dann breche oder spucke er Blut. Bei der häufig wiederholten Untersuchung der Lungen wurde hier und da eine geringe Veränderung des Athemgeräusches notirt, diese schwand aber von einem Tage zum anderen. Vollständige rechtsseitige Hemianästhesie. Grosse Anfälle traten nicht auf. Die Hämoptysen waren aber sehr häufig.

577. ***Zur Aetiologie und Therapie der Cholelithiasis.*** *Von* ***Th. Zerner jun.*** *(Wiener med. Wochenschr. 1888. 23 u. 24. — Centralbl. f. klin. Med. 1888. 51.)*

Die als Ursache der Gallensteinbildung supponirte Verminderung des gallensauren Natron und der Seifen und Vermehrung der von diesen in Lösung gehaltenen Gallensteincomponenten, Cholestearin, Bilirubinkalk und Calciumcarbonat, würde das Nichtabgehen der bekanntlich nur in seltenen Fällen am Fremdkörper (z. B. Schleimklümpchen) sich bildenden Gallenniederschläge noch immer nicht erklären. Bei dem geringen Procentsatz der Fälle von Cholelithiasis, in denen ein Verschluss des Ductus cysticus sich findet, muss, meint Verf., ausserdem noch ein Catarrh der Gallenwege bestehen, weil sonst die Auf-



saugung Wasser und feste Bestandtheile in gleicher Weise betreffen würde. Von den auf andere Weise zu Stande kommenden Fällen von Cholelithiasis wissen wir nach *Zerner* nur, dass sie vorwiegend Frauen, ältere, fettleibige, obstipirte Leute betreffen, bei denen die Kräfte für die Austreibung der Galle — Zwerchfellsbewegungen, Contractionen der Musculatur der Gallenwege, Secretionsdruck — depotencirt sind. Den Einfluss der Schwangerschaft und der Schnürmieder will Verf. nicht in Abrede stellen. Er weist auf Thierversuche *Brontou's* (Erschwerung der Gallensecretion durch Einschnüren), auf die nach *Benecke* bei 70% der Gallensteinkranken vorkommende Arteriosclerose, welche auch eine Schwäche der Muskeln und elastischen Fasern in der Gallenblase wahrscheinlich mache, ferner darauf hin, dass bei solchen Individuen Vermehrung des Cholestearingehaltes des Blutes „constatirt" sei. Verf. empfiehlt prophylactisch allen oben als zur Choleliathiasis bezeichneten Individuen Bewegung, „insbesondere nach dem Essen", ferner den *Gärtner*'schen Ergostaten. Bei den innerlichen Mitteln kommt es Verf. nicht (wenigstens nicht hauptsächlich) auf Vermehrung der Gallensecretion, sondern auf Verwässerung der Galle an. Crotonöl, Coloquinthen, Podophyllin, Senna, Aloë, vielleicht auch Calomel wirken nur als Abführmittel; die Wirksamkeit von Wasserinjectionen in den Darm, von Terpentinöl und Aether hält Verf. für zweifelhaft und controvers, die Einführung von gallensauren Salzen, doppeltkohlensaurem Natron, Glaubersalz, phosphorsaurem und salicylsaurem Natron für noch am meisten wirksam. Während des Colikanfalles glaubt *Zerner*, Antipyrin (eventuell als Injection) und das Mittel von *Tonatre* (200—300 Grm. Ol. olivar.) rasch genommen und darnach 2 bis 3 Stunden Ruhe (Rechtslage des Patienten) empfehlen zu können.

578. ***Probemittagsmahlzeit oder Probefrühstück.*** *Von Dr.* ***Jürgensen*** *in Kopenhagen. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 20. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 10.)*

Der bekannte Streit, ob zur Untersuchung des Chemismus während der Verdauung das Probefrühstück *(Ewald)* oder die Probemittagsmahlzeit *(Riegel)* zweckmässiger sei, hat nun auch *Jürgensen* auf den Kampfplatz gerufen. Gestützt auf die Ergebnisse seiner Untersuchungen an 21 Patienten, deren Chemismus sowohl nach dem Frühstück, als nach dem Mittagsmahl geprüft wurde, kommt er zu dem Schluss, dass zwar oftmals eine Differenz in dem Ergebniss bestehe, dass diese jedoch nicht so durchgehend oder schwerwiegend sei, um eine der beiden Methoden an sich als die superiore anzuerkennen, und dass man deshalb berechtigt sei, an dem für Arzt und Patient ungleich bequemeren Probefrühstück festzuhalten. Ref. *Malachowski* in Breslau vermag die Schlussfolgerungen *Jürgensen's*, der nach seiner Ansicht von einem falschen Standpunkt aus das Ergebniss seiner Untersuchungen beurtheilt hat, nicht anzuerkennen. Es muss durchaus als falsch bezeichnet werden, wenn Verf. die Frage als die wesentlichste zu beantworten sucht und davon sein Urtheil abhängig macht: „Ob wirklich im Allgemeinen die HCl-Grade bei Probemittag höher erscheinen wie bei Probefrühstück." Nicht das ist behauptet worden, dass durch die reichlichere Mahlzeit, welche die Magen-



functionen stärker in Anspruch nimmt, nun auch jedesmal eine erhöhte HCl-Secretion gegenüber dem Probefrühstück erzielt werden könne, so dass „gewöhnlich oder nur gelegentlich bei Probefrühstück hervortretende Anaciditäten, resp. Subaciditäten, Normalaciditäten, Hyperaciditäten bei Probemittag zu Subaciditäten, resp. Normalaciditäten, Hyperaciditäten wesentlich höherer Grade erhoben werden". Im Gegentheil! Da das Mittagsmahl als stärkerer Reiz auch stärkere Anforderungen an den kranken Magen stellt, als das Frühstück, so wird die krankhafte Störung leichter zum Vorschein kommen. Es wird also in dem Falle einer geschwächten Secretion wohl noch eine genügende Menge HCl abgesondert werden können, um bei der Verdauung eines Frühstücks als freie Säure aufzutreten, während derselbe Magen nach einem Mittagsmahl nur so viel producirt, um die grössere Nahrungsmenge ganz oder nur theilweise zu verarbeiten, ohne dass ein „Ueberschuss" an HCl als freie Säure nachgewiesen werden kann. Und es wird andererseits bei krankhaft gesteigerter Secretion aus denselben Gründen auch das erkrankte Organ durch eine noch grössere Acidität Antwort geben auf den grösseren Reiz. Wenn man von diesem Gesichtspunkte aus die Resultate des Verfassers überblickt, so gelangt man auch zu anderen Schlussfolgerungen.

Jürgensen fand: 1. Bei 16 Untersuchungen in 12 Fällen von Hyperacidität (darunter 3mal Ulcus) die Gesammtacidität nach dem Mittagsbrot gesteigert 14mal (wobei er allerdings in einer Reihe von Fällen den HCl-Gehalt selbst für gleich gross hält), verringert nur 2mal und auch in diesen beiden Fällen war nach dem Frühstück eine „hohe" Normalacidität, resp. Hyperacidität vorhanden. 2. In 3 Fällen nervöse Anacidität sowohl nach dem Frühstück, als nach dem Mittagsbrot totale Anacidität. 3. In 8 Untersuchungen bei 6 Fällen von Gastrit. chron. die HCl-Secretion geringer 5mal (darunter 2mal Erniedrigung des HCl-Werthes bis auf 0), gesteigert 2mal (aber beide Mal nur bis zu einer „Sub-Anacidität", resp. „niedrigen Normalacidität", während das Frühstück Anacidität, resp. Subacidität anzeigte), und in einem Fall bei beiden Proben Anacidität. Diese Ergebnisse zwingen also zu dem Schluss, dass das Mittagsbrot 19mal den krankhaften Zustand deutlicher hervortreten liess, das Frühstück dagegen nur 4mal, dass also mit anderen Worten und entgegen den Folgerungen des Verfassers das Probemittagbrot geeigneter für die Untersuchung des Chemismus während der Verdauung erscheint, als das Probefrühstück.

579. ***Ueber das Wanderherz.*** *Von Prof.* ***Rumpf.*** *(Verhandl. d. VII. Congr. f. innere Med. 1888. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 17.)*

Auf die abnorme Beweglichkeit des Herzens in lateraler Richtung hat zuerst *Gerhardt* aufmerksam gemacht und kann sie, analog dem ähnlichen Verhalten der Nieren, als bewegliches und Wanderherz bezeichnet werden. Auf Grundlage von 5 von ihm beobachteten Fällen entwirft *Rumpf* ein Bild dieses Leidens, welches 3mal als Folge von Entfettungscuren, 1mal nach einer heftigen nervösen Erschütterung aufgetreten war; 1mal war die Ursache nicht zu ermitteln gewesen. Die Hauptklage der Kranken bezog sich auf grosse Schwäche und Arbeitsunfähigkeit, wozu



Schmerzen in der Brust, Beängstigungen, Angstgefühl, Schwindel, Asthma, Pulsbeschleunigung hinzutraten; alle diese Zeichen sind bei den einzelnen Kranken in verschiedenem Grade vorhanden, ein Symptom ist ihnen allen aber gemeinsam, dass in der Rückenlage alle Beschwerden leichter werden, in den Seitenlagen sich verschlimmern; im Stehen befinden sich die Kranken wohler, ohne dass die Schmerzen verschwinden, zuweilen treten aber Schwindel und Uebelkeit auf. Die Untersuchung des Herzens gibt in aufrechter Stellung und in der Rückenlage, sowie bei vorgebeugtem Rumpfe ein vollkommen normales Verhalten desselben, legt sich aber der Kranke zuerst auf die linke, dann auf die rechte Seite, so tritt sofort die abnorme Beweglichkeit des Herzens zu Tage; so verschob sich in einem Falle der Spitzenstoss um 13, in den anderen Fällen um $4^1/_2$, 4, 4 und 5 Cm., in der linken Seitenlage scheint die Herzdämpfung vergrössert, in der rechten aber verkleinert, was in aufrechter Stellung verschwindet, dabei ändert sich auch die Lage der Aorta und der Pulmonalis, welche in einem Falle sich um 1 Cm. in der Richtung der Herzdislocation verschoben. *Rumpf* hält das Wanderherz nicht für eine Anomalie, sondern für eine pathologische Erscheinung, da normaler Weise sich das Herz im Mittel nach links um 2, nach rechts um $1^1/_2$ Cm. verschieben kann, wobei der Herzstoss der Herzverschiebung gar nicht oder um höchstens 2 Cm. folgt und da bei Lungentuberculose (1 Fall) und Muskelatrophie (1 Fall) er diese Dislocation beobachtet hat. Die Entfettungscur mag ein Hauptmoment in der Aetiologie bilden.

580. ***Beitrag zur Pathologie und Therapie der Leucämie.*** *Von* **Georg Sticker.** *(Zeitschr. f. klin. Med. 14. 1 u. 2. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 17.)*

Ein stets gesunder Mann von 23 Jahren erkrankte ohne besondere Veranlassung mit erheblichen Verdauungsstörungen, vorübergehender Heiserkeit und Beschwerden beim Athmen, die mit einer sich schnell steigernden Entkräftung einhergingen. Diese Erscheinungen, zeitweise von Fieber begleitet, zeigten einen häufigen Wechsel ihrer Intensität, führten aber durch öfteres und stärkeres Wiederkehren eine stetige Verschlimmerung des Allgemeinzustandes herbei. Ein halbes Jahr nach Beginn der Erkrankung trat ein heftiges und wochenlang täglich wiederkehrendes Nasenbluten hinzu, welches sich auch später häufig wiederholte. Zwei Jahre nach dem Auftreten der ersten Krankheitszeichen bemerkte Patient zum ersten Male Anschwellung des Leibes, zu welcher sich bedeutende Zunahme der grossen allgemeinen Schwäche, Athembeschwerden, Druck und Schwere im Unterleib und gänzlicher Appetitmangel gesellten. Objectiver Befund: Leichtes Oedem der Füsse und Beine ohne Cyanose. In den hinteren, unteren Lungenpartien bestand ein geringfügiger Catarrh. In der linken Bauchseite liess sich ein Tumor durchtasten, welcher unter dem Rippenbogen hervorkommt, schief abwärts bis über den Nabel verläuft, dann nahezu senkrecht bis zur Symphyse abwärts geht und gegen das linke *Poupart*'sche Band sich bis zur Spina ilei anterior sup. deutlich absetzt. Der Tumor ist von harter Consistenz, verschiebt sich mit der Inspiration wenig, aber deutlich nach rechts, vorn und unten. Er gibt überall



Schenkelschall. Die Percussion der unteren Brustbeinhälfte ist sehr empfindlich. Die Leber ist ebenfalls stark vergrössert. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab beiderseits ausgesprochene Retinitis leucaemica. Im Krankheitsverlauf lassen sich 2 scharf getrennte Stadien unterscheiden, ein Stadium decrementi und ein Stadium incrementi. Während seines Aufenthaltes in der Klinik zeigte der Kranke in den 4 Monaten in jeder Hinsicht eine stetige Besserung. Nicht das subjective Befinden allein, auch der objective Befund wies auf ein Rückgängigwerden der Krankheit hin. Nach einem 3wöchentlichen Urlaub aus der Klinik begann das zweite Stadium, das unter stetiger Zunahme aller Krankheitserscheinungen zum Tode führte. — Die Section bestätigte vollauf die intra vitam gestellte Diagnose: lienale und myelogene Leucämie. — Verf. hat mühevolle Untersuchungen der Stoffwechselproducte angestellt, um die Veränderungen in der Ausscheidung derselben während der Dauer der Krankheit im Vergleich zu den Schwankungen der letzteren, speciell zu der Blutbeschaffenheit, dem Volum der blutbildenden Organe und unter der Wirkung der eingeleiteten Therapie zu studiren. Verf. gelangte zu dem Resultate, dass der Stickstoffwechsel des Patienten abnorm gesteigert war und sich nur ausnahmsweise der oberen Grenze der Norm näherte und mit zunehmender Cachexie annähernd parallel derselben stieg. Harnstoff und Harnsäure wurden stets beide vermehrt gefunden, ohne erkennbare innere Beziehung in ihrer Verhältnisszahl während der verschiedenen Perioden der Krankheit. Sichergestellt ist die Bedeutung der steigenden Zahl der weissen Blutzellen für den gesteigerten Stickstoffwechsel; die Zahl der rothen Blutkörperchen ist irrelevant. Höchstwahrscheinlich ist, dass die Zunahme der Leberdegeneration eine Herabsetzung der Harnstoffbildung und eine Vermehrung der Harnsäurebildung bewirkt. Der Milztumor hat mit der Harnsäurevermehrung nichts zu thun. — Die Therapie bestand anfangs in der Darreichung von Arsenik, welches jedoch vom Patienten nur 5 Wochen lang vertragen wurde, später Sauerstoffinhalation, welche Verf., veranlasst durch den von *Kirnberger* 1883 mitgetheilten Fall von Heilung eines leucämischen Knaben, anfangs mit sichtlichem Erfolg anwandte. Den Nutzen der Sauerstoffinhalationen bei Leucämie erklärt sich Verf. folgendermassen: Die schon innerhalb der Lungencapillaren zum Theil von den farblosen Zellen absorbirte Sauerstoffmenge geht den rothen Blutkörperchen verloren, so dass für diese eine maximale Sättigung unmöglich ist. Wird letztere durch eine concentrirte Sauerstoffzufuhr erleichtert, so können die weissen Blutzellen und die Gewebe zugleich befriedigt werden. In letzteren kann der Oxydationsprocess dann regelmässiger ablaufen. Gleichzeitig hält Verf. das bei den Inhalationen zugleich mit dem Sauerstoff in grosser Verdünnung zugeführte Chlorgas, welches bei der Darstellung des Sauerstoffs stets in grösserer Menge gebildet und nie vollkommen ausgewaschen werden kann, für ein wirksames Agens.

581. ***Toxicité de l'urine dans la Pneumonie.*** *Von* ***G. H. Roger*** *u.* ***L. Gaume.*** *(Revue de méd. 1889. 4. u. 5. Heft.)*

Die Verfasser gelangen auf Grundlage zahlreicher und sorgfältiger Untersuchungen über das toxische Verhalten des



Harns bei Pneumonie zu folgenden Schlüssen. Ein an Pneumonie Leidender scheidet durch den Harn zwei- bis dreimal weniger giftige Stoffe aus, wie im Zustande der Gesundheit. Während der Abnahme des Fiebers nimmt die Giftigkeit des Harns rasch zu, wobei sie den Grad des gesunden Harns erreicht und selbst übersteigt. Die urotoxische Entladung (décharge urotoxique) charakterisirt den kritischen Harn, dessen constantes Phänomen sie bildet; sie dauert 24—48 Stunden und erreicht ihren Höhepunkt am Tage der thermischen Krise oder am darauffolgenden. Nach der Defervescenz nimmt die Giftigkeit des Harns wieder ab, indem sie rasch oder schnell unter den normalen Grad sinkt. Das Kalium spielt eine wichtige Rolle bei der Giftigkeit des pneumonischen Harns, es ist der Hauptfactor der Giftigkeit während der Fieberperiode. Da jedoch die Menge desselben mit der Abnahme des Fiebers nicht zunimmt, so kann man mittelst des Kalium allein die urotoxische Krise nicht erklären. Die Versuche lehren, dass die Giftigkeit des Harns in letzterem Falle von verschiedenen, in chemischer Beziehung wenig bekannten Giften abhängt. Bis jetzt konnte man toxische Alkaloide abscheiden, deren Auftreten vielleicht mit den Lebenserscheinungen pathogener Organismen zusammenhängt. *Loebisch.*

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

582. ***Zur Behandlung des Keuchhustens.*** *Von Dr. **A. Beltz.*** *(Archiv für Kinderheilkunde. 10.)*

Sommerbrodt und *Hack* schienen einige Thatsachen dafür zu sprechen, dass in einzelnen Fällen von Keuchhusten Anfälle von der Nasenschleimhaut aus als Reflexneurosen hervorgerufen werden können, und *Sommerbrodt* lieferte bei einem 5jährigen Knaben den Beweis, dass durch Behandlung der erkrankten Nasenschleimhaut die Keuchhustenanfälle sich im günstigen Sinne beeinflussen lassen. *Michael* sprach diesen Gedanken bestimmter aus und der Erfolg seiner Therapie schien für die Richtigkeit seiner Theorie zu sprechen. *Michael* insufflirt in die Nase (Argent. nitr. mit Magn. ust. 1 : 10). Nach dieser Methode wurden auch von *Dos, Strübing, Kurz* etc. eine grosse Reihe von Keuchhustenanfällen mit bestem Erfolg behandelt. Allerdings hat diese Methode sich auch nicht in allen Fällen bewährt, jedenfalls aber wurde mit derselben viel mehr als mit den übrigen bekannten Methoden erreicht. Der besondere Vorzug dieser Methode ist die rasche Abnahme der Hustenanfälle schon nach der ersten Insufflation. Der Autor theilt nun eine ganze Reihe genau controlirter Keuchhustenkranker aus der Poliklinik von Greifswald mit, aus welchen der günstige Einfluss der Insufflationsmethode nach *Michael* ersichtlich ist. Die Insufflation wird nach Bedarf einmal des Tages, nach 2—3 Tagen einmal etc. nach der Schwere und Häufigkeit der Anfälle angewandt. Des Ausführlichen müssen wir auf die Arbeit selbst verweisen. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.



583. ***Zwei Fälle von Kaffeevergiftung.*** *Von Dr. **W. Weinberg** in Stuttgart. (Therap. Monatsh. 1889. 5.)*

In den nachbenannten Fällen traten die Vergiftungserscheinungen nach verhältnissmässig geringen Mengen von Kaffee ein. Der 1. Fall betraf einen 25jährigen Mediciner, der ausnahmsweise Nachmittags zwischen 3 und 6 Uhr vier Tassen starken schwarzen Kaffees zu sich nahm. Unmittelbar darauf eine gewisse Aufgeregtheit und beschleunigter Puls. Zum Nachtessen trank er zwei Liter Bier, worauf er gegen 11 Uhr rasch einschlief. Gegen 1 Uhr Morgens erwachte er plötzlich und verspürte starkes Herzklopfen, Puls 120, dabei voll und stark schnellend, Gefühl der Beklemmung auf der Brust, deutliches Zittern der Finger, Schwindelgefühl beim Aufstehen. Der Zustand dauerte bis zum Nachmittag; Schweissausbruch, wesentlich vermehrte Urinsecretion wurde nicht bemerkt. Ernstere Erscheinungen bot der 2. Fall. Ein 40jähriger Mann, starker Raucher, der sonst nie Kaffee trank, nahm um 9 Uhr Morgens im Katzenjammer drei starke Tassen Kaffee zu sich. 1½ Stunden später überfiel ihn plötzlich heftiger Schweiss, starkes Herzklopfen, um 12 Uhr Zittern am ganzen Körper, die Extremitäten kühl, Puls 120 in der Minute, gespannt. Es wurde Bettruhe, warme Einwicklung verordnet und ein Centigramm Morphium injicirt; um 2 Uhr war die Pulsfrequenz schon auf 80 Schläge gesunken, nur der Tremor der Finger dauerte noch bis am nächsten Morgen. *O. R.*

584. ***Vermeintliches Alkoholdelirium, Diabetes insipidus, Salicylsäurevergiftung.*** *Von Dr. **Julius Wagner**. (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 38. — Centralbl. für d. ges. Ther. 1889. 5.)*

Ein 58jähr. Drechsler wurde auf der psychiatrischen Klinik aufgenommen, nachdem er früher, wie sich aus der Mittheilung ergab, die Zeichen eines Delirium alcoholicum dargeboten. Es stimmten vollständig zu dieser Annahme die Prodromalerscheinungen von Zittern, Wadenkrämpfen, Erbrechen, ferner der rasche Verlauf, die charakteristischen, massenhaft auftretenden Gesichtshallucinationen, die Beschäftigungsdelirien. Nur ein Moment fehlte, der Nachweis des Abusus spirituosorum; sowohl der Kranke selbst, als seine Angehörigen und Bekannten blieben hartnäckig dabei, dass er im Trinken stets mässig gewesen. Die weitere Untersuchung ergab, dass der Kranke an Diabetes insipidus leide und dass ihm von einem Arzte Natr. salicyl. verschrieben wurde, und zwar 12 Grm. in 3 Dosen, täglich 2 Pulver. Der Kranke gab an, dass er nach jedem Pulver verwirrter wurde. So viel sich eruiren liess, hat Patient also entweder in zwei Tagen 12 Grm. Natr. salicyl., oder in drei Tagen 24 Grm. genommen. Es war also der Krankheitszustand des Patienten aufzufassen als ein Delirium, hervorgerufen durch Vergiftung mit Natron salicylicum. Dass beim innerlichen Gebrauche der Salicylsäure in grösseren Dosen nervöse Symptome auftreten, vor Allem Ohrensausen, ist bekannt. Weniger bekannt ist, dass beim längeren Gebrauch auch geringerer Dosen bei nervösen Individuen ausser Ohrensausen vereinzelte Gehörshallucinationen, eine ungemeine Reizbarkeit, Hyperästhesie der Sinnesorgane, Schwindel, Appetitlosigkeit auftreten können. Verf. hat solche Zustände bei nervösen Frauen gesehen, welche wegen irgend eines für rheumatisch gehaltenen



Leidens 2 Grm. Natr. salicyl. pro die durch längere Zeit genommen hatten. Der mitgetheilte Fall schliesst sich an die vereinzelten Beobachtungen an, in denen die Beeinträchtigung des Sensoriums durch die Salicylsäure solche Grade erreichte, dass dadurch das Bild einer Psychose zu Stande kam. Charakteristisch ist für diese Fälle, dass sie das Aussetzen des Mittels noch längere Zeit überdauern. *Barrows*, der einige Fälle mittheilt, betont ausdrücklich die grosse Aehnlichkeit dieser Zustände mit dem Delirium alcoholicum. Mehrere Autoren führen an, dass zum Eintreten der schweren nervösen Erscheinungen eine gewisse Idiosyncrasie gehöre, und während *Warneck* seinen Patienten durch längere Zeit 14—16 Grm. pro die ohne Schaden gegeben, citirt *Bartels* den Fall eines jungen Mädchens, welches nach einer Einzeldosis von 4 Grm. salicylsauren Natrons einen Schüttelfrost und eine Temperatur von 40·4° bekam, ausserdem Kopfschmerzen und ödematöse Anschwellungen beider Vorderarme und Unterschenkel, ein Versuch, der dreimal mit demselben Erfolge wiederholt wurde. Auch bei dem vom Verf. beobachteten Falle war Anfangs Oedem der unteren Lider vorhanden. Verf. meint, dass in seinem Falle weniger die Grösse der Gesammtdosis, als die Einzeldosis von 4 Grm. die Schuld an den schweren Erscheinungen sein mag. Für die Entscheidung der Frage, ob der bei dem Kranken bestehende Diabetes insipidus bei dem Zustandekommen des Deliriums eine Rolle spielte, lassen sich keine Anhaltspunkte gewinnen; dagegen wurde die Salicylsäure und ihre Salze seit der Empfehlung von *Ebstein* häufig bei Diabetes mellitus angewendet. *Bartels* berichtet jedoch über besonders schwere Erscheinungen von Benommenheit des Sensoriums bei zwei Diabetikern, welche Tagesdosen von 15 und 16 Grm. Natr. salicyl. genommen hatten. Verf. meint, dass man bei Verabreichung des Natron salicylicum die Einzeldosen nicht übermässig vergrössern solle. Es wird bei der Vertheilung des Mittels auf mehrere Einzeldosen auch das rechtzeitige Abbrechen der Medication beim Auftreten unangenehmer Erscheinungen leichter möglich. —*r.*

585. ***Ueber die therapeutische Verwendung des Antipyrin in der Glycosurie.*** *Von* ***Panas.*** *(Verhandl. d. Acad. de méd. zu Paris vom 9. April 1889. — Allg. med. Central-Zeitung. 1889. 34.)*

Die günstigen Erfahrungen, die man bisher mit dem Antipyrin bei dem Diabetes gemacht hat, haben *Panas* veranlasst, auch in den mit Cataract complicirten Fällen, die in seine Behandlung gelangten, das Medicament anzuwenden, um den Einfluss des Präparates auf diese Complication, resp. auf den Erfolg der Cataractoperation zu studiren. — *Panas* verfügt zunächst über 2 in ihrem Verlaufe sehr bemerkenswerthe Fälle: In dem ersten handelt es sich um einen 38jährigen, seit 2 Jahren an doppelseitiger Cataract leidenden Patienten, der innerhalb 24 Stunden 49 Gramm Zucker ausschied. — Trotz der strengsten Diät konnte man die Menge des Zuckers nicht weiter reduciren, als bis auf 15 Gramm pro Tag. — Da auf beiden Augen auch die Trübung der Linse grössere Fortschritte machte, entschloss man sich zur Cataractoperation zunächst des linken Auges. Die Operation verlief ohne jede Complication, gleichzeitig ein Beweis

dafür, dass die so gefürchtete Eiterung auch beim Vorhandensein der Glycosurie nicht eintritt, wofern man nur unter sorgfältigster Beobachtung der antiseptischen Cautelen operirt und die Nachbehandlung ebenso sorgfältig leitet. — 2 Jahre später trat Patient von Neuem in Verf.'s Behandlung ein, um auch auf dem rechten Auge, dessen Linse nunmehr vollkommen getrübt war, gleichfalls die Cataractoperation ausführen zu lassen. Da die Zuckermenge (pro Tag) wieder auf 55 Gramm gestiegen war, so suchte man dieselbe zunächst durch zweckmässige Diät zu reduciren. Es gelang auch, sie bis auf eine Menge von 31 Gramm herabzusetzen. — Weiter herunter ging die Zuckermenge indessen nicht. — Am nächsten Tage, bei strengster Diabetesdiät, Application von 2 Gramm Antipyrin ohne Erfolg, so dass man an Stelle der quästionirten Medicamente Bromkali und Jodnatrium zu setzen gezwungen war. — Gleichzeitig wurde Patient in die Klinik Prof. *Sée's* übergeführt. Die Untersuchung ergab hier einen Zuckergehalt von 30 Gramm pro die. — An den folgenden Tagen wurde die Diät in der Weise geregelt, dass Patient zunächst sämmtliche Speisen und demnächst eine aus Schabefleisch, Eiern, fetten Suppen, Milch und Wein bestehende Kost geniessen durfte. Nur der Brotgenuss wurde dem Patienten untersagt. Gleichzeitig gab man ihm Antipyrin in Dosen von 3 Gramm pro die. — Nach 6tägiger Behandlung bereits fand man keine Spur von Zucker mehr im Harn. Nichtsdestoweniger wurde die Antipyrintherapie noch einige Zeit hindurch fortgesetzt, bevor man zur Ausführung der Cataractoperation schritt. Letztere glückte ohne irgend einen Zwischenfall. Die Heilung erfolgte per primam intentionem ohne Eiterung. Die Antipyrinmedication wurde, trotz des günstigen Befindens des Patienten, aus Besorgniss vor einem Recidiv, noch eine Zeit lang weiter fortgesetzt. Die in den folgenden Tagen vorgenommene Untersuchung des Urins ergab denselben stets frei von Zucker, obwohl dem Patienten erlaubt war, während dieser Zeit Brot zu essen. — Nach Sistirung der Antipyrinmedication fand man 4 Gramm Zucker in 24 Stunden im Urin des Patienten. Um diese Zeit wurde derselbe aus der Behandlung entlassen. Aehnliche Verhältnisse lagen auch in einem 2. Falle vor, indem es sich gleichfalls um eine an Cataract erkrankte diabetische Person in höherem Lebensalter handelte. Verf. folgert aus seinen Beobachtungen: 1. Das Antipyrin besitzt schnell wirksame Eigenschaften. 2. Es ist dort noch wirksam, wo die strengste antidiabetische Kost in Verbindung mit den gebräuchlichen Arzneimitteln den Zucker nur bis zu einem gewissen Grade herabzudrücken im Stande sind. 3. Die Tagesdose beträgt im Anfang etwa 3 Gramm pro die. — In späteren Stadien genügt sie indessen nicht, vielmehr muss man alsdann mit der täglichen Dosis steigen.

586. ***Zur Frage des Verhaltens des Stickoxyduls zum Blute.*** *Von Dr. **A. Rothmann.** (Oesterr.-ungar. Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde. 1888. 3. — Centralbl f. Chir. 1889. 16.)*

Rothmann hat nach dem Vorgange von *Preyer*, *Buxton*, ***Mac Munn*** u. A. spectroskopische Untersuchungen angestellt, um die Frage zu beantworten, ob das Stickoxydul bei seiner Verwendung als allgemeines Anästheticum sich chemisch mit dem Hämoglobin



des Blutes verbinde oder etwa von anderen Bestandtheilen des Blutes nur absorbirt wird, eine Frage, welche deshalb von ausserordentlicher Wichtigkeit ist, weil mit ihrer Beantwortung zu gleicher Zeit die Frage erledigt ist, ob das Stickoxydul ein positiv gefährliches Gas ist, oder nicht. Auch *Rothmann* stellt fest, dass mit Stickoxydul gesättigtes Blut ein ebensolches Spectrum gibt, als oxyhämoglobinhaltiges, dass also das Gas mit dem Hämoglobin des Blutes keine feste chemische Verbindung eingeht. Gegen letztere spricht übrigens schon die kurze Dauer der Narcose und der gänzliche Mangel jeder Nachwirkung. Da also das Hämoglobin gleich nach dem Aufhören der Stickoxydulathmung befähigt ist, wieder wirksam in den Oxydationsprocess bei der Athmung der atmosphärischen Luft einzutreten, hält *Rothmann* das Gas nicht für positiv gefährlich. Im Gegensatz dazu hatte *Ulbrich* nach spectral-analytischen Untersuchungen über denselben Gegenstand die Behauptung aufgestellt, dass das Stickoxydul sich chemisch mit dem Hämoglobin verbinde, doch führt *Rothmann* dieses Resultat auf die Verwendung zu concentrirter Blutlösungen bei der spectroskopischen Analyse zurück, weil dann die Absorptionsstreifen breiter und zum Theil verdunkelt oder ganz unkenntlich werden.

587. ***Toxische Wirkungen der Borsäure.*** *Von* ***G. T. Welch.*** *(Med. record. 1888. 3. November. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 21.)*

Gegen sehr hartnäckigen Fluor albus hatte *Welch* fein pulverisirte Borsäure in Substanz, etwa 5 Grm., in die Vaginalhöhle eingebracht und darin bis zum 3. Tag mittelst Wattebausches zurückhalten lassen. Diese wiederholte Behandlungsweise hatte zwar Erfolg bezüglich des Zurückgehens und Aufhörens der Leucorrhoe, aber schon am 2. Tage nach dieser Behandlung begann sich in Händen und Füssen etwas Ameisenkriechen bemerkbar zu machen, später auch im Gesicht; die Pat. klagte über grosse Abgeschlagenheit, sie entfernte den Wattetampon und machte eine heisse Ausspülung. Gleichwohl nahm an den folgenden Tagen das Brennen und die Schwellung der Haut zu, jegliche Bewegung war schmerzhaft. Bei den am meisten afficirten Theilen der Haut stellte sich Exfoliation ein. Obwohl *Welch* bei der Pat. keinerlei Schädlichkeit durch Ingesta oder in der Lebensweise nachzuweisen vermocht hatte, war er an eine derartige Giftwirkung der Borsäure nicht zu glauben geneigt, bis bei einer 2. und 3. Pat. auf die Borsäureapplication bedenkliche Erscheinungen von Collaps sich einstellten. Bei der 2. Pat. erfolgte später nach mehreren Tagen ebenfalls eine kleienförmige Abschuppung der Haut. Bei der 3. Pat. kamen die bedrohlichen Erscheinungen: schwacher Puls und mühsame Respiration schon 12 Stunden nach der Borsäureapplication. Nach der sofortigen Vaginalausspülung und Anwendung von Stimulantien erholte sich Pat. bald wieder im Laufe weniger Stunden.

588. ***Ueber allgemeine und Hautvergiftung durch Petroleum.*** *Von* ***L. Lewin.*** *(Virchow's Archiv. Bd. CXII. — Centralbl. f. Chir. 1889. 19.)*

Aus den in der Literatur beschriebenen Fällen von Vergiftung mit Petroleum, wie auch aus seinen Experimenten an



Kaninchen, gelangt Verf. zum Schluss, dass das Petroleum nur in beschränkter Weise als Gift zu betrachten sei, indem weniger das reine raffinirte Petroleum, als verunreinigende Beimischungen anderer Oele, welche jenem zuweilen betrügerischer Weise zugesetzt werden, gesundheitsschädlich wirken. Beim Kaninchen entsteht nach Einführung des Oeles in den Magen eine entzündliche Röthung der Schleimhaut, theilweise mit kleinen Hämorrhagien. In den Harn geht das Oel in unveränderter Form nicht über. Bei längerer Einwirkung des Petroleums auf die äussere Haut bei den Arbeitern in den Petroleumgruben an den Oelbrunnen entstehen nicht selten Hautkrankheiten vorwiegend mit dem Charakter der Acne. An Händen, Armen und Schenkeln findet sich eine disseminirte Acne in allen erdenklichen Gestaltungen und Entwicklungsstadien. Frische und abgelaufene Processe neben einander: Knötchen und feste, derbe, dunkelrothe Knoten mit entzündeter, infiltrirter Umgebung, Knötchen, die am Scheitel ein weisses, mit Eiter gefülltes Bläschen tragen, und zahlreiche schwarze Comedonen, sowie Schorfe und kleine seborrhoische Krusten. Verf. sah in Amerika diese Hautaffectionen nur bei solchen Arbeitern, welche mit der Verarbeitung der schwersten Oele, d. h. der Rückstände nach Abscheidung des Brennpetroleums, beschäftigt waren. Der Process ist immer dadurch gekennzeichnet, dass er sich an der Talgdrüse und dem Haarfollikel, bezw. dem perifolliculären Gewebe abspielt und sich als Secretverhaltung und Entzündung mit ihren Folgen darstellt. Verf. erinnert an analoge Hautaffectionen bei Paraffinarbeitern, die dort bei langem Bestehen, namentlich am Scrotum, zuweilen zur Carcinombildung führen können.

589. ***Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Morbus Basedowii mit Schwefelsäure.*** *Von E. **Magruder.** (Medical News. 1888. 18. — Fortschr. d. Med. 1889.)*

Magruder hatte Gelegenheit, eine 22jährige Patientin mit ausgesprochenem Morbus Basedowii zu behandeln. Digitalis, Eisen, Chinin, Strychnin liessen im Stiche, ebenso auch der constante und inducirte Strom. Schliesslich gab *Magruder* Acid. sulfuric. aromaticum, eine unserer Mixtura sulfurica acida ziemlich entsprechende, 20% Schwefelsäurelösung combinirt mit Digitalis oder Ergotin. Trotzdem diese Therapie von vornherein ausgesprochen günstig sich erwies, musste sie doch verlassen werden, da die Patientin Magenbeschwerden darnach bekam. *Magruder* entschloss sich dann, die Schwefelsäuremixtur allein für sich zu verordnen — 20 Tropfen alle 4 Stunden. Nach Beginn der Aufnahme von Schwefelsäure nahm die Pulsfrequenz ab, dann schwand die Pulsation in der Glandula thyreoidea, die gleichfalls allmälig an Umfang verlor, ebenso wie auch die Bulbi wieder in ihre normale Lage zurückkehrten. Vor etwa einem Jahre schien sich das frühere Leiden wieder einstellen zu wollen, ging aber unter dem Gebrauch der Schwefelsäure prompt wieder zurück, und zwar in so deutlicher Weise, dass die Patientin weiterhin regelmässig zu demselben Mittel griff, wenn sich irgendwelche bedenkliche Symptome wieder zeigen wollten. Sie erfreut sich seitdem völliger Gesundheit. Die Veranlassung zu dieser Anwendung der Schwefelsäure erhielt *Magruder* durch die Lectüre von *Handfield Jones*, Clinical



Observations on functional nervous disorders. Die betreffende Stelle lautet: Schwefelsäure wie auch Salpetersäure können jedenfalls Anspruch darauf machen, als Tonica für die vasomotorischen Nerven betrachtet zu werden. Es ist selbstverständlich, dass sie nicht direct als solche wirken können, da mit dem Moment ihres Eintrittes in die Circulation ihre Neutralisirung erfolgen muss. Auch können sie nicht einfach als Adstringentia betrachtet werden, wie etwa das Tannin. Wenn Schwefelsäure im Stande ist, choleraähnliche Durchfälle oder auch colliquative Schweisse günstig zu beeinflussen, so ist es sicher, dass diese Wirkung nur zu Stande kommen kann durch eine Beeinflussung der Nerven, die die Arterien der Darmwand oder der Haut versorgen.

590. ***Behandlung der Klappenfehler des Herzens.*** *Von **J. M. Da Costa.** (Amer. Journ. of the med. sc. November 1888. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 19.)*

Verf. hebt hervor, dass bei der Therapie der Herzklappenaffectionen nicht sowohl die Natur des speciellen Klappenleidens in Berücksichtigung zu ziehen ist, als vielmehr die Beschaffenheit des Herzmuskels und der Herzhöhlen, der Rhythmus der Herzaction, der Zustand der arteriellen, venösen und capillaren Blutgefässe, die wahrscheinliche Dauer des Bestehens der Krankheit und die Ursache der letzteren, der allgemeine Gesundheitszustand des Individuums, endlich die durch das Klappenleiden bedingten secundären Veränderungen. Am wichtigsten von den aufgeführten Momenten ist das erste, nämlich der Zustand des Herzmuskels und der Herzhöhlen. In einer Gruppe von Fällen (speciell Aortenaffectionen, namentlich Stenosen, mit ausgeprägter, jedoch nicht übermässiger Hypertrophie) ist überhaupt keine medicamentöse Behandlung erforderlich. Andererseits ist in solchen Fällen, in denen die Herzkraft nachlässt, die Darreichung der als Herztonicum wirkenden Digitalis indicirt (bei schlechtem Zustande des Magens event. in Form von Suppositorien), und zwar in kleinen oder mittleren Dosen bei langsam sich vermindernder Compensation, in wesentlich grösseren Mengen dagegen bei von vornherein oder im späteren Verlauf vorwiegender Dilatation des Herzens (wobei das Mittel abwechselnd mit Strychnin gereicht und in seiner Wirkung durch Alkohol unterstützt wird); noch grössere Dosen (unterstützt durch Excitantien) sind bei relativ plötzlich eintretenden Compensationsstörungen indicirt, doch muss der Pat. dabei körperliche Ruhe innehalten. Umgekehrt ist in Fällen von excessiv stark arbeitendem Herzen bei nur geringer Dilatation (Zustände, die namentlich bei Aorteninsufficienz vorkommen) die Darreichung der Tinct. aconiti von günstiger, sedativer Wirkung, eventuell in Combination mit der Tinct. veratri virid. Bedeutende Irregularität der Herzaction, wie sie sich namentlich bei Stenose am Ostium atrio-ventric. sin. nicht selten findet, wird, falls der Gebrauch der Digitalis indicirt ist, durch einen Zusatz von Belladonna zu letzterer häufig günstig beeinflusst. Was den Zustand der arteriellen und capillaren Blutgefässe anlangt, so ist beachtenswerth, dass die Digitalis die kleineren Arterien verengt und daher der peripheren Circulation ein Hinderniss bereitet. Weniger scheint dies vom Strophanthus zu gelten; Nitroglycerin bewirkt erhebliche Dilatation der peri-



pheren Gefässe, beeinflusst aber nur in geringem Grade den Herzmuskel, und ähnlich steht es mit der Belladonna. Ein Pium desiderium wäre also die zweckmässige Combination von Digitalis mit Nitroglycerin oder Atropin. Uebrigens ist bei darniederliegender capillarer Circulation auch von einer verständigen Massage Gebrauch zu machen. Die Dauer der Krankheit (in einzelnen Fällen schien eine frische, d. h. noch nicht 3 Monate bestehende Klappenaffection auf rheumatischer Basis einer Rückbildung fähig zu sein!) und die Ursache derselben (energische Bekämpfung eines eventuell neu auftretenden Gelenkrheumatismus!) verdienen Berücksichtigung.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

591. ***Die tödtliche Nachwirkung des Chloroforms.*** *Von Dr.* ***Strassmann.*** *(Virchow's Archiv. CXV. — Centralbl. f. Chir. 1889. 16.)*

Ungar hat 1887 Untersuchungen über dasselbe Thema veröffentlicht, welche ergaben, dass Hunde, welche mehrere Tage hintereinander stundenlang in Chloroformnarcose gehalten wurden, mehrfach zu Grunde gingen unter dem einzigen Sectionsbefunde: fettige Degeneration des Herzens und der Leber, in zweiter Linie der Nieren und quergestreiften Muskeln, schliesslich des Magens und anderer Schleimhäute. Die Ursache dieser Verfettungen suchte *Ungar* in directer Giftwirkung des Chloroform. Diese Untersuchungen hat Verf. nachgeprüft, und fasst er das Ergebniss seiner Versuche in folgende Sätze zusammen: 1. Nach längerer Chloroformirung lässt sich beim Hund eine Fettmetamorphose der Leber, in zweiter Reihe des Herzens, selten anderer Organe nachweisen. — 2. Es handelt sich hierbei um Fettdegeneration, nicht Fettinfiltration. — 3. Mitunter führt die längere Chloroformirung beim Hunde (im höchsten Fall 30 Stunden) nach Ablauf der Narcose und scheinbar völliger Genesung noch zum Tode. — 4. Da in den zum Tode führenden Fällen die Herzaffection besonders intensiv gefunden wurde, so lässt sich annehmen, dass in ihr die Ursache des Todes zu sehen ist. — 5. In nicht tödtlichen Fällen bildet sich die Degeneration in wenigen Wochen wieder zurück. — 6. Schwächende Einflüsse: Hunger, Blutverlust etc. begünstigen den Eintritt der Veränderungen; bei kräftigen und jungen Thieren kommen sie weniger leicht zu Stande. — 7. Die vorherige Anwendung von Morphin vermindert mit der zur Narcose nöthigen Chloroformmenge zugleich die Folgeerscheinungen derselben. — 8. Katzen und Kaninchen zeigen in ihrem diesbezüglichen Verhalten Abweichungen von Hunden, die bei der Uebertragung der an letzteren gemachten Beobachtungen auf den Menschen zur Vorsicht mahnen.

592. ***Die Geschosswirkungen des Lebelgewehres.*** *Von* ***Delorme.*** *(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1888. 7. — Centralbl. f. Chir. 1889. 19.)*

Im Allgemeinen geht aus *Delorme's* Versuchen hervor, dass die Geschosswirkungen des 8millimetrigen Lebelgewehres sich von denen der 11millimetrigen Systeme wesentlich nicht unter-



scheiden. Die Einschussöffnungen zeigten sich gewöhnlich glatt und rundlich, 6—8 Millimeter im Durchmesser haltend. Dieser Durchmesser der Einschussöffnung steht im geraden Verhältnisse mit der Geschwindigkeit des Geschosses. Die Ausschussöffnung, gewöhnlich grösser als die Einschussöffnung, ist entweder regelmässig rund oder sternförmig oder T- oder L-förmig, je nach der betroffenen Körpergegend. Bei weniger als 300 Meter Distanz beginnt die explosive Zone. Die Knochenverletzungen gleichen den durch 11millimetriges Kaliber erzeugten. Nur tangential auftreffende Projectile des Lebelgewehres deformiren sich nicht; erreichen aber die Projectile das Ziel mit der Spitze, so reisst bei der geringsten Deformation der letzteren der Mantel ein, und hiermit ist dann die Deformation des Projectils mit all ihren Folgen gegeben. Bei einem mit grosser Geschwindigkeit auf einen Baum abgegebenen Schusse, bei welchem das Projectil im Baume stecken blieb, konnte unmittelbar nachher Luftaustritt aus dem Schusscanal beobachtet werden, eine Erscheinung, die *Delorme* dahin erklärt, dass es sich hier um den Austritt der durch das Projectil in den Schusscanal eingetriebenen Luft handle *(Melsens)*.

593. ***Behandlung und Heilung des eingewachsenen Nagels mit Stanniol.*** *Von Dr.* **Theodor Clemens.** *(Allg. med. Central-Ztg. 1889. — Therap. Monatsh. 1889.)*

Nach Verf. wirkt das Stanniol, die sog. Zinnfolie, welche bekanntlich Eisen, Kupfer, Arsen, Molybdän, Wolfram und Wismuth enthält, wenn es dem eingewachsenen Nagel unterlegt wird, nicht nur mechanisch, sondern auch chemisch. Nachdem der kranke Nagel durch ein Seifenbad gereinigt und gut getrocknet worden ist, wird der ganze Nagel mit einer Stanniolfolie glatt umschlagen. Ebenso wird ein dünner Stanniolstreifen in die seitliche Furche gedrückt, wo der Nagel bereits eingewachsen war oder gewöhnlich einwachsen will. Diese Stanniolstreifen werden mit einer ganz dünnen Schicht von gelbem Wachs in ihrer Lage erhalten und immer so eingerichtet, dass auch an allen Stellen, wo der Nagel lose das Fleisch berührt, stets eine Stanniolfolie dazwischen liegt. Die frische Plombirung und Verpackung des kranken Nagels mit neuem Stanniol war in den ersten Wochen in 8—12 Tagen höchstens zwei- bis dreimal nothwendig gewesen. Hierzu kann jedes Stanniolblatt benützt werden, in welches Chocolade, Seife etc. verpackt war. Das Verfahren ist leicht und schmerzlos und die Patienten lernen schnell das Unterschieben der Stanniolblättchen mit einer kleinen Pincette, indem sie den Nagel leicht heben. Wo es nothwendig ist, kann man die Stanniolblättchen doppelt aufeinander legen und unter den freigemachten scharfen Nagelrand schieben. —r.

594. ***Untersuchungen über die Hämatospermie (blutige Ejaculation).*** *Von* **Bernhard Lansac.** *(Gaz. méd. de Paris. — Med.-chir. Centralbl. 1889. 4.)*

Das Auftreten von Blut im Samen verleiht diesem zunächst verschiedene Färbungen: bald erscheint er röthlich, bald bräunlich, bald ist reines Blut darin zu finden; jeder dieser Färbung entspricht ein bestimmter pathologischer Zustand. Es scheint, dass das Auftreten von Blutkörperchen in den Samenbläschen



die Existenz der Samenthierchen daselbst vollkommen ausschliesst, zum Mindesten ihre Menge und Lebensfähigkeit herabsetzt. Nach *Guelliot* soll ein Stillstand der Samenabsonderung den Uebertritt einer kleineren Menge von Blut in die Samenwege erleichtern. Das in einer Samenentleerung vorkommende Blut kann herrühren: *a)* von einer Urethritis; in solchen Fällen wird es nur wenig mit dem Samen gemischt sein und erscheint nur in Form von Streifen in demselben; *b)* in gleicher Weise kann dies auch bei einer acuten oder chronischen Prostatitis vorkommen; auch hier ist die Mischung zwischen Blut und Same keine innige, das Blut erscheint nur in Streifenform; *c)* bei der acuten Epidydimitis ist ebenfalls eine solche Beimengung von Blut im Samen möglich. Jedoch alle diese Fälle bilden nicht die wahre Hämatospermie, als Sitz dieser müssen die Samenbläschen betrachtet werden. Verf. unterscheidet zwei Formen, je nachdem die Blutung bei einem entzündlichen Zustande der Samenwege auftritt oder mitten in einem normalen Zustande; zu dieser zweiten Kategorie gehört die Hämatospermie nach Excessen im Coitus, nach Masturbation und schliesslich nach zu langer Enthaltung. In Folge langer Enthaltsamkeit soll eine Zerreissung der Capillaren durch die energischen Contractionen nach einer retardirten Entleerung (?) vorkommen, oder eine solche Blutung wäre als eine Hämorrhagie ex vacuo aufzufassen, welche nach Entleerung des aufgespeicherten Spermas entsteht. — Schliesslich erwähnt Verf. die ziemlich häufigen Ejaculationen der Greise, welche ernster Natur sind und auf hyperämische Zustände des Genitalapparates hindeuten. Die Hämatospermie bei entzündlichen Zuständen nimmt ihren Ursprung zumeist aus den Samenbläschen. Die Entzündung dieser kann ihren Ausgangspunkt von einer Urethritis posterior, von einer Prostatitis oder von einer Epidydimitis nehmen.

595. ***Traitement de l'anus imperforé.*** *Von* ***Saint-Germain.*** *(Revue mens. des malad. de l'enfance. 1888. 8. — Centralbl. f. Chir. 1889. 21.)*

Um in Fällen von Atresia ani die Operation zu vereinfachen und die für die kleinen Patienten bedenkliche Blutung zu beschränken, bedient sich Verf. des folgenden einfachen Verfahrens. Statt präparirend in die Tiefe zu gehen, zieht er mit Hilfe einer gestielten Nadel eine Silberligatur durch, welche quer durch die Dammgegend verläuft und bis in eine Tiefe von 4 Cm. reicht. Er geht dann, indem er die Enden der Schlinge fest anziehen lässt, in der Mitte zwischen beiden Stichöffnungen, oder falls der After besteht und der Mastdarm verschlossen ist, vom Ende des kurzen Canals mit einem kurzen Messer bis auf die undeutlich fühlbare Schlinge ein und zieht diese nach aussen vor (Gestalt eines **V**). Hat der Draht die Ampulle des Mastdarmes erreicht, was an dem Ausströmen des Meconiums sofort ersichtlich wird, so wird die Drahtschlinge an ihrer nach aussen gezogenen Spitze durchschnitten und beide Enden seitlich zugezogen, so dass sie nun den Mastdarm mit der Haut vereinigen. Gelingt es nicht, mit der eingestossenen Nadel den Mastdarm zu treffen, so ist weiterhin nach allgemein giltigen Grundsätzen zu verfahren. Verf. hält es für erlaubt, beim Suchen nach dem unteren Mastdarmende weit in die Tiefe zu gehen, eventuell eine Resection des Steissbeines vorzunehmen. Dagegen verzichtet er, falls die

Auffindung nicht gelingt, auf weitere Heilversuche, speciell auf die Anlegung eines widernatürlichen Afters.

596. ***Seltener Fall von Heilung einer multiplen Ovarialcyste.*** *Von Dr.* ***Cosmo Sparado.*** *(Il progresso Medico, Maggio. 1889. 9.)*

Von Seite vieler Gynäkologen werden spontane Heilungen von Ovarialcysten in Folge von einfacher Punction bei unüberwindlichen Hindernissen (vielfache Adhäsionen etc.) für die Radicaloperation mitgetheilt, so von *Thomas*, *Soutam*, *Spencer Wells*, *Chrobak* etc. Ebenso Heilungen durch Jodinjectionen, so von *Bornet*, *C. Braun* etc. Ebenso sind spontane Heilungen von einkämmerigen Cysten durch Berstung derselben im adhärenten und perforirten Darm in der Literatur bekannt. Zu den Seltenheiten gehört aber der vom Autor mitgetheilte Fall. Es betraf eine junge Dame von 22 Jahren. Dieselbe wurde im August 1886 ohne jede veranlassende Ursache von sehr heftigen Schmerzen in der linken Fossa iliaca sinistra befallen. Die Schmerzen konnten durch Palliativmittel nicht gestillt werden. Die Menses cessirten, das Abdomen nahm allmälig an Volumen zu, so dass im Beginne an Gravidität gedacht wurde. Mit dem Wiederauftreten der Menstruation und stetig zunehmender Volumenzunahme des Abdomens zeigte sich bei der Untersuchung ein unebener Tumor im Abdomen. Die Diagnose lautete auf multiple linksseitige Ovarialcyste. Im August wurde eine Punction gemacht und etwa vier Liter einer serös-eitrigen Flüssigkeit entleert. Eine genauere Untersuchung ergab bedeutende Fixation des Uterus, Heraufgezogensein der Blase, Adhärenz des Rectum an die Cyste. Die Ovariotomie wurde wegen dieser Complication nicht ausgeführt, nur eine Jodinjection gemacht, doch ohne Erfolg. Die Kranke fieberte, es wurde auch ferner local nichts unternommen. Nach einigen Monaten entleerte die Patientin spontan in Intermissionen grössere Mengen Eiter per Rectum. Das Fieber fiel, der Tumor verkleinerte sich und die Kranke nahm an Kräften zu. Eine spätere Untersuchung ergab einen vollständigen Schwund des Tumors, es war demnach ein Durchbruch per Rectum und spontane Heilung erfolgt.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

597. ***Ein Fall von Salpingitis chronica productiva vegetans.*** *Von* ***N. Sawinoff*** *in Moskau. (Arch. f. Gynäk. 34. 2. 239.)*

Eine 25jährige Frau erkrankte nach ihrer dritten Geburt mit Schmerzen im Unterleibe, die namentlich zur Menstruationszeit heftig wurden, gleichzeitig wurde die Menstruation profus und trat alle 2 Wochen ein. Bei der Untersuchung wurde folgende Diagnose gestellt: Oophoritis und Salpingitis beider Seiten, Metritis chronica bei Retroversio uteri. Da das Befinden trotz 2jähriger Behandlung immer schlechter wurde, beschloss man, die Entfernung der Ovarien und Tuben per laparatomiam vorzunehmen. Die Kranke überstand diese Operation gut und genas vollständig von ihren Leiden. Die Untersuchung der Ovarien ergab den Befund einer chronischen Oophoritis. Die Albuginea war nämlich stark verdickt und überging unmittelbar in eine starke Bindegewebsschichte. Die *Graaf*'schen Follikel waren vermindert und von einer dicken Bindegewebsschichte umgeben. An manchen Stellen fand man statt ihrer zartes, Blutpigment enthaltendes Narbengewebe und an anderen mit Cylinderepithel aus-

gekleidete, eine körnige Masse enthaltende Hohlräume. Ein ebenfalls eine chronische Entzündung darbietendes Bild wiesen die Tuben auf. Das Lumen der Tuben war bedeutend verengt. Die Falten der Mucosa waren stark verdickt, von lymphoiden Elementen durchsetzt, die mit feinen Bindegewebsfasern und Bindegewebszellen der Submucosa gemischt waren. An manchen Stellen waren die Schleimhautfalten mit einander verwachsen und hatte sich zwischen ihnen festes Bindegewebe entwickelt. Das Falten- und Zottenepithel war in Wucherung begriffen, besass grosse und runde Kerne und hatte sich theilweise in Cylinderepithel umgewandelt. Die Muscularis war verdickt und zwischen ihren Fasern befand sich eine zellige Infiltration, die auch in der subserösen Schichte sichtbar war, und zwar namentlich um die stark gefüllten Capillaren. Die Intima der grösseren Venen war stark gewuchert und ragte weit in das Lumen hinein. Ausgekleidet erschien das Venenlumen von gequollenem gewuchertem Epithele. Die ganze an der Venenintima neugebildete Masse bestand aus Bindegewebe, welches zellenreich war. Dieses Bindegewebe schob die Muskelelemente aneinander und erreichte die Adventitia, sowie das umgebende Gewebe. Um einige Venen herum fand sich eine dichte Infiltration von lymphoiden Elementen. Die gleiche Bindegewebswucherung zeigte die Intima der Arterien. Die Muscularis und Adventitia dagegen waren weniger infiltrirt. Diese Bindegewebsinfiltration und Anhäufung lymphoider Körperchen fand sich nicht nur um die Gefässe, sondern auch um die Nerven herum. *Sawinoff* gibt dieser Salpingitis den Namen der Salpingitis chronica productiva vegetans und meint, dieselbe habe sich, ebenso wie die begleitende Oophoritis, aus einer leichten Puerperalerkrankung entwickelt. *Kleinwächter.*

598. **Netzstoffbinden.** *Von* ***G. E. Abbott.*** *(Americ. Journ. of Obstetr. Januarheft 1889. 79.)*

Abbott lässt Leibbinden anfertigen aus einem leichten aber festen genetzten Stoffe. Dieselben haben den Vortheil, dass sie dauerhaft, dabei viel leichter und angenehmer für die Kranken sind, als Leibbinden aus Stoff. Er verwendet sie im Wochenbette, nach Laparotomien, ebenso lässt er sie späterhin nach Abdominaloperationen zur Verhütung einer Ventralhernie tragen. Sie bieten weiterhin den Vortheil, dass man nach einer Operation oder nach einer Geburt, wenn Meteorismus oder Peritonitis auftritt, auf die Leibbinde, ohne sie abnehmen zu müssen, Eisüberschläge appliciren kann. Sie empfiehlt sich fernerhin im Sommer zum Tragen bei solchen Individuen (Männern oder Weibern), die gezwungen sind, eine Bauchbinde zu tragen wegen ihrer bedeutenden Leichtigkeit, im Gegensatze zu den schweren Stoffbandagen. Vor der Anlegung sind sie aber in warmem Wasser auszuwaschen, um die Stärke auszuspülen, da sie sie sonst zu hart sind und kratzen. *Kleinwächter.*

599. ***Die innerliche Anwendung von Sublimat als Unterstützungsmittel bei der localen Behandlung periuteriner Entzündungen.*** *Von* ***Allan Mc. Hamilton.*** *(The New-York med. Journ. 1888. — D. Med.-Ztg. 1889. 10.)*

In der innerlichen Verabreichung von Sublimat in kleinen Dosen hat Verf. ein bewährtes Mittel gefunden, welches bei Ent-



zündungen des Beckenbauchfells und des Beckenzellgewebes in Verbindung mit der gewöhnlichen localen Behandlung in verhältnissmässig kurzer Zeit zur Resorption des Exsudates führt. Die Dosirung ist folgende:

Rp. *Sublimat 0·06,*
Tincturae gentian. 30·0,
Aqu. dest. 90·0.

MDS. 3mal täglich 1 Theelöffel in Wasser nach der Mahlzeit zu nehmen.

Verf. hat nach dieser Formel das Mittel wochenlang ununterbrochen nehmen lassen, ohne irgendwelche üble Nebenwirkungen zu beobachten. Er ist so sehr von der specifischen Wirkung des Sublimats bei Entzündungsproducten überzeugt, dass er in dem Erfolg oder Misserfolg der Behandlung ein differentialdiagnostisches Zeichen erblicken will, ob eine entzündliche Erkrankung im Becken vorliegt, oder ob das Leiden nervösen Ursprungs ist.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

600. ***Ein Fall von Bruch des Ringknorpels.*** *Von Dr.* ***Franz Major****, Stuhlweissenburg. (Pester med.-chir. Presse. 1889.)*

Am 18. August 1886 wurde ein beim Scheibenschiessen beschäftigter Soldat dem Spitale zugeführt, mit der Angabe, er sei während seiner Thätigkeit plötzlich zusammengebrochen und auf den Boden hingefallen. Es wurde berichtet, dass ein Projectil ein silberguldengrosses Stück von der Signalglocke abgerissen hätte und dasselbe an den Hals des Soldaten schleuderte. Der im höchsten Grade cyanotische Kranke befand sich im letzten Stadium der Suffocation und quoll aus seinem Munde blutiger Speichel hervor. An dem Larynx war unter dem Schildknorpel ein nahezu vierkreuzergrosser rother Fleck — mit unbeträchtlicher Suffusion — fühlbar, in dessen Umgebung hochgradiges, auf Gesicht, Hals, Schultern und Brustkorb übergreifendes Hautemphysem zu constatiren war. An der Stelle des Fleckes bemühte sich *Major*, das Emphysem wegzudrücken, wo man dann deutlich Crepitation hörte, was zweifelsohne auf Bruch der Trachea hinwies. Die Intactheit der Haut schien für das Aufschlagen des Fremdkörpers mit der Fläche und der Bruch der Trachea für die Raschheit des Projectils zu sprechen. Wäre der Fremdkörper mit seinem scharfen Rande an den Kehlkopf gestossen, dann wäre es zum Durchschneiden der Haut und der darunter befindlichen Gebilde gekommen. *Major* entschloss sich bald zur Operation und fand an der Trachea eine längliche, durch den Ringknorpel und die drei Larynxringe dringende, theils übereinander verbogene, theils nach einwärts gerichtete Spalte vor, nach deren Distraction die Schleimhaut gegen das Lumen des Larynx zu ausgebuchtet gefunden wurde. Nach Erweiterung derselben wurde die Canüle eingelegt. Gleich darauf besserte sich der Zustand des Kranken, die Cyanose liess nach, die Athmung setzte ein und Patient begann zu husten, worauf sich theils geronnenes, theils flüssiges Blut entleerte. Das Hautemphysem



sistirte am 4. Tage; am 5. Tage wurde die Canüle entfernt und am 12. Tage verliess Patient geheilt das Spital.

601. ***Ueber Altersveränderungen der Uvea.*** *Von **Rosa Kerschbaumer**. (v. Graefe's Arch. XXXIV. 4. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 13.)*

Beim hypermetropischen Auge tritt eine Vertiefung der Kammerbucht auf, welche einerseits durch die Zunahme der circulären Muskelfasern des Ciliarkörpers im vorderen Winkel, andererseits durch den schwächeren Ansatz der longitudinalen Fasern bedingt wird; im kurzsichtigen Auge wird die Kammerbucht seichter in Folge der geringeren Entwicklung der Circulärfasern und des stärkeren Ansatzes der longitudinalen Fasern an der Sclera. Eine Vertiefung der vorderen Kammer zeigt sich beim myopischen Auge durch Zurücktreten der Iris und der Linse, ein Seichterwerden der vorderen Kammer indessen beim hypermetropischen Auge in Folge der Verschiebung der Iris und Linse nach vorn, welche durch die stärkere Entwicklung der Circulärfasern, sowie durch die Zunahme des Bindegewebes um den Muskel herum und durch die stärkere Entwicklung der vorderen Theile der Ciliarfortsätze verursacht wird. Eine Verengerung der hinteren Kammer beobachtet man bei Hypermetropie, was durch eine stärkere Entwicklung des vorderen Theiles der Ciliarfortsätze hervorgerufen ist, beim myopischen Auge ist sie weit. Mit zunehmendem Alter werden die Muskelfasern im Ciliarkörper spärlicher und die einzelnen Bündel dünner, die Proc. ciliares sind constant länger und reichlicher verzweigt. Das Bindegewebe derselben, sowie das den Ciliarmuskel umgebende erfährt eine Zunahme und Verdichtung durch Vermehrung der Fibrillen. Was die Gefässe des Ciliarkörpers anlangt, so ist ihre Wandung verdickt und ihr Lumen häufig verengert. Die Basalmembran derselben nimmt an Dicke zu und wird feinkörnig und wenig glänzend, ebenso das Reticulum. Auch findet eine Hyperplasie der Zellen der Pars ciliaris retinae statt. Die Zellen vermehren sich durch Kariokinese ohne Zeichen regressiver Metamorphose. Sie werden bogenförmig, convex gegen den Glaskörper hin aus ihren Reihen vorgetrieben und bilden Erhabenheiten mit einem verschieden weiten, im Centrum befindlichen Lumen. So bilden sich Excrescenzen und Cysten am Corpus ciliare.

602. ***Ueber Simulation der Taubheit.*** *(Archives méd. Belges. Decbr. 1888. — Der Militärarzt. 1889. 9.)*

Chimani und *Moos* benutzen dazu eine grosse Stimmgabel, welche schwingend zuerst in gleicher Distanz von beiden Ohren gehalten, sodann auf die Mittellinie des Kopfes aufgesetzt wird. Der Simulant wird gewöhnlich angeben, dass er sie auf dem angeblich gesunden Ohre hört; sodann schliesst man mit dem Finger letzteres Ohr und setzt die Stimmgabel nochmals auf; der Simulant wird nun angeben, dass er entweder nichts oder nur wenig auf dem angeblich kranken Ohre hört. *Cammon* und *Coggin* verwenden dazu das dreiarmige Otoscop, von welchem zwei Arme in die äusseren Gehörgänge des zu Untersuchenden eingeführt werden, während vor dem freien Ende des dritten eine schwingende Stimmgabel gehalten und abwechselnd einer der beiden ersteren



Arme zusammengedrückt wird, ohne dass der Untersuchte es bemerkt. Gibt derselbe an, die Stimmgabel zu hören, während man den zum angeblich gesunden Ohre führenden Arm comprimirt, so ist er entlarvt. *Politzer* und *Lucae* bedienen sich ebenfalls des dreiarmigen Otoscops, von welchem abermals zwei Arme in die Ohren des zu Prüfenden, der dritte in das Ohr des Arztes eingeführt wird, während eine schwingende Stimmgabel auf den Kopf des ersteren gesetzt und einer der beiden ersteren Arme abwechselnd zusammengedrückt wird. Wenn nun der Ton der Stimmgabel aus dem angeblich kranken Ohre viel schwächer zum Ohre des Arztes gelangt, als aus dem gesunden, so kann die Taubheit als vorhanden angenommen werden. Der Simulant beiderseitiger Taubheit unterscheidet sich durch seine Physiognomie und sein Verhalten, wenn er angesprochen wird, von dem wirklich doppelseitigen Tauben. Entlarvt kann er werden, wenn man ihn mit schwacher Stimme aus dem Schlafe weckt oder wenn man hinter seinem Rücken durch einen Dritten einen ihn verletzenden Ausdruck gebrauchen lässt.

Dermatologie und Syphilis.

603. ***Zur Behandlung der Warzen und insbesondere der Verrucae aggregatae.*** *Von* ***Th. Altschul.*** *(Prager med. Wochenschr. 1888. 48. — Centralbl. f. Chir. 1859. 18.)*

Altschul empfiehlt zur Entfernung der Warzen, besonders wenn sie in grösserer Anzahl auftreten, die von *Unna* angegebene Salbe von Unguentum cinereum mit einem Zusatz von 5—10% Arsenik, die sich ihm in drei ausgesprochenen Fällen vortrefflich bewährte. Die Salbe wird auf Mull gestrichen und auf die Warzen mittelst Binden oder dergleichen fixirt. Traten Schmerzen auf und zeigten sich Excoriationen, so ätzte *Altschul* die Stellen mit Salpetersäure. Am Schluss der Behandlung wurden Theereinpinselungen gemacht. Intoxicationen sind nicht zu fürchten, wenn man die Salbe fortlässt, sobald sich Excoriationen zeigen. Als besonderen Vortheil der Methode führt *Altschul* auch an, dass die Kranken während der Behandlung arbeitsfähig bleiben, was bei der blutigen Exstirpation nicht der Fall ist. Die Methode dürfte namentlich für messerscheue Patienten und bei grosser Multiplicität der Gebilde empfehlenswerth sein.

604. ***Ueber das Vorkommen der Pellagra in der Bukowina.*** *Von Dr.* ***Kluczenko.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1889. 3. — Centralbl. f. klin. Med. 20.)*

Kluczenko hat 12 Fälle von Pellagra beobachtet, alle bei Bauersleuten, deren Hauptnahrung die aus Maismehl zubereitete Mamaliga ist. Die Krankheit ist eine jahrelang andauernde. Die ersten Symptome sind gastrische Beschwerden, verbunden mit heftigen, oft blutigen Diarrhoen. Dazu gesellt sich ein Kopfschmerz, Schwindel und rauschartiges Betäubtsein. Mitunter verschlimmern sich die cerebralen Symptome bis zum Irrsinn, auch Selbstmord wurde beobachtet. Anfangs Mai stellt sich ein Erythem des Hand- und Fussrückens ein, bisweilen auch auf



der unteren äusseren Fläche des Vorderarms. In schwereren Fällen findet sich das Erythem auch im Gesicht und Genick. Im September beginnt das Erythem zu verblassen, sich abzuschuppen, die Haut ist dann dunkler gefärbt, rauh und mässig glänzend, gleichzeitig tritt Nachlass aller übrigen Krankheitssymptome ein; im Winter befinden sich die Kranken ganz wohl, mit Beginn des Frühjahrs stellt sich das Leiden in gleicher Weise wieder ein. In leichten Fällen und in den ersten Jahren scheint durch Arsen und Eisen, sowie roborirende Kost noch eine Heilung der Krankheit möglich zu sein, später ist eine solche ausgeschlossen. Aetiologisch hält Verf. es für erwiesen, dass die Pellagra durch Genuss verdorbener Maisfrucht entsteht. Er nimmt ferner an, dass die Krankheit durch eine Intoxication veranlasst wird, und dass die chemische Noxe in Alkohol extrahirbar ist. Dafür spricht, dass vorzugsweise Männer, die zu jeder Mahlzeit reichlich Schnaps geniessen, befallen werden, während Frauen und Kinder gesund bleiben.

605. ***Dermatitis tuberosa als Folge von Jodkalium-Intoxication, die sogenannte Acne anthracoide jodophanique.*** *Von **R. W. Taylor.** (Monatsh. f. prakt. Derm. 7. 24.)*

Ein 26jähriger Amerikaner, der seit 8 Jahren an Syphilis litt, wurde wegen cerebraler Erscheinungen mit Jodkalium 18 Tage lang in Dosen bis 3mal täglich 1·5 Grm. behandelt; als dann die Dosis auf 3mal 2·4 Grm. gesteigert wurde, zeigten sich 15 Stunden später Erscheinungen auf der Haut, nichtsdestoweniger wurde noch bis 3mal 4·8 Grm. gesteigert und dann längere Zeit 3mal 1·8 Grm. pro die weitergenommen, bis der Patient von seinen syphilitischen Symptomen geheilt war. Der Ausschlag, der durch das Medicament hervorgerufen wurde, bestand in verschieden grossen Tumoren, die Gesicht und Hals bedeckten und deutlich entzündlicher Natur waren. Sie waren mit feinen trichterförmigen Oeffnungen bedeckt, aus denen sich Eiter entleerte. Später stockte diese Eiterung, und die Tumoren stellten sich dann als an der Oberfläche feinwarzige Gebilde dar. Die Rückbildung ging langsamer vor sich; nach dem Verschwinden blieb eine oberflächliche Atrophie zurück. Aehnliche Fälle sind von *Besnier* (Ann. de Dermatol. et de Syphil. 1882) und *Duhring* (Med. and surg. reporter. 13. Decbr. 1879) beschrieben worden.

606. ***A New Method of Treating Gonorrhoea.*** *Von **Joseph Zeissler.** (The Medical Record New-York. Vol. 35. 3.)*

Unbefriedigt von den Erfolgen der jetzigen Behandlungsmethoden der acuten Gonorrhoe, versuchte *Zeissler* eine neue Art der Therapie, mit der er durch Dr. *Pixley* bekannt gemacht wurde, deren Grundgedanke aber durchaus nicht von diesem originell ersonnen wurde. Er bringt nämlich mit Hilfe eines besonders construirten Instrumentes medicamentöse Pulver in die Urethra ein. Nachdem der betreffende Patient die Blase völlig entleert hat, wird die Urethra mit einer schwachen Lösung (1 : 10.000) von Kal. permang. ausgewaschen, darauf durch sanftes Streichen des Penis mit einem reinen Handtuch ausgetrocknet. Alsdann erst wird das Pulver in die tieferen Theile der Urethra gebracht und schliesslich Orificium urethrae und Glans penis auch

eingepudert und der Patient angewiesen, dieselben stets mit trockener Watte bedeckt zu halten. Angeblich hat diese Methode für die Patienten wenig Unbequemlichkeiten im Gefolge. Je nach der Schwere des Falles muss die Operation wiederholt werden; gewöhnlich genügt es in den ersten Tagen einmal pro Tag, später jeden zweiten Tag oder in längeren Pausen dieselbe vorzunehmen. Die Basis aller eingeführten Pulver ist Borsäure gewesen. Im Anfange empfiehlt sich: Calomel 1 Theil, Bismuth. carbonicum 2 Theile, Borsäure 12 Theile; später, wenn die Entzündungserscheinungen geringer geworden sind, kann das Pulver durch Zusatz von Alaun, Bismuth. subnitr. etc. adstringirender gemacht werden. Die Zahl der mit dieser Methode behandelten Fälle ist noch zu gering, um verwendbare, statistische Daten zu geben. Der Autor glaubt sie aber warm empfehlen zu dürfen, da sie sich in der praktischen Erfahrung bewährt habe und Complicationen nach derselben nicht beobachtet worden seien.

Sternthal.

607. ***Ein Fall von Pityriasis pilaris.*** *Von* ***Cäsar Böck.*** *(Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. 3.)*

Böck beschreibt einen höchst charakteristischen Fall der zuerst von *Devergie* beobachteten und Pityriasis pilaris genannten Krankheit. Es handelt sich um einen 55jährigen Kaufmann, bei dem die Affection in den Handflächen und Fusssohlen begann. Er empfand hier Jucken und es bildeten sich rothe Flecke, die bald zu schuppen anfingen, während gleichzeitig der Process sich schnell über die Handflächen und Fussohlen verbreitete. Dann zeigte sich eine flammige Röthe auf der Stirne, auf die eine kleiige Abschuppung folgte, welch letztere sich auch auf den behaarten Kopf verbreitete. Die Krankheit griff dann noch weiter um sich und bot auf den Vorderarmen das charakteristischeste Bild. Auf der Rückenfläche derselben befindet sich um jedes Lanugohaar ein circumpilärer Conus, der mit dem Haare einerseits in die Tiefe dringt und andererseits, den Haarschaft umfassend, als eine feste, harte Epidermisbildung das Niveau der Haut überragt. Zwischen den Haaren ist normale Haut, so dass man für Gefühl und Gesicht den Eindruck der „Gänsehaut" hat. Auf den unteren Extremitäten ist das Bild ein anderes. Hier sind blassrothe, desquamirende Flächen, die an den Oberschenkeln einen eigenthümlichen, silbernen Glanz haben. Sie sind ganz weich und glatt anzufühlen. Kratzt man eine solche Fläche, so entfernt man zunächst die oberflächlichen, kleinen, kleienförmigen Schuppen; kratzt man stärker, so folgt eine dünne und weiche, aber zusammenhängende, grosse Schuppe mit, welche sich vor dem Nagel in Falten legt. Ist diese ziemlich dünne Hornschicht weggenommen, welche sich überraschend leicht von der Unterlage entfernen lässt, so erweist sich die letztere als eine nicht besonders stark hyperämische, grauröthliche Fläche, die wie halbfeucht oder etwas klebrig anzufühlen ist, aber doch weder blutet noch nässt. Darauf trat bei dem Patienten ein acuter, universeller Ausbruch der Krankheit ein, bei welchem eine weit verbreitete, in der Tiefe der Cutis anfangende, ungleichmässig vertheilte Gefässinjection auftrat, die nach und nach sich der Oberfläche näherte und ganz gleichmässig wurde. Erst secundär gesellten sich die



typischen Veränderungen der Epidermis hinzu. Die mikroskopische Untersuchung erstreckte sich nur auf die Haare, Schuppen und circumpilären Hornkegel. Sie zeigte, dass die innere und theilweise auch äussere Wurzelscheide der Haare sich in mächtige, feste Hornkegel mit der Spitze nach unten gegen die Haarwurzel umgebildet hatten. 5 Zeichnungen illustriren diese Verhältnisse. Das Allgemeinbefinden des Patienten hatte wenig gelitten. Zur Behandlung erwies sich intern Leberthran und Arsenik (in hohen Dosen und lange Zeit gegeben), äusserlich *Unna*scher Zinkleim sehr vortheilhaft. *Sternthal.*

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

608. ***Fingerdeformitäten in einer Familie.*** *Von **Montgomery-Smith.** (Guy's hosp. reports. 1888. Vol. XLV. — Centralbl. f. Chir. 1889. 19.)*

Gelegentlich der Entfernung eines überzähligen Daumens bei einem Knaben wurde nachfolgender Stammbaum desselben bekannt. Zuerst war in der Ascendenz bei der Grossmutter väterlicherseits Mangel beider Daumen, Schwimmhautfinger und Fehlen von Zehen beobachtet worden. Der Sohn (Vater des obigen Knabens) hatte einen zu kurzen Daumen, abnorm kleine Finger und nur 4 Zehen an jedem Fusse. 2 Brüder desselben — unverheiratet — mit nur 4 Zehen. Der dritte gesunde Bruder hat zehn gesunde Kinder. Von den 3 Schwestern eine gesund unverheiratet; die zweite mit nur 4 Zehen hatte 2 Kinder, davon eins zu wenig Finger und Zehen, das andere Schwimmhautzehen aufwies. Die dritte Schwester, mit dem gleichen Zehenmangel, hatte 5 gesunde und 4 gleicherweise missgestaltete Kinder. Fast stets war das Verhalten der Füsse der Art, dass die 2. Zehe fehlte, die 3. rudimentär und zwischen der 4. und 5. Verwachsung vorhanden war. Andere als die genannten Hemmungsbildungen wurden bei keinem Familienmitgliede beobachtet; der operirte Knabe war der einzige, bei dem sich ein überzähliges Glied fand.

609. ***Zur mikroskopischen Harnuntersuchung auf Bacterien.*** *Von Dr. **v. Sehlen.** (Centralbl. f. Bact. 4. — Zeitschr. f. wissensch. Mikrosk. 6, pag. 86.)*

Zur mikroskopischen, speciell bacterioskopischen Untersuchung von Sedimenten eiweisshaltiger Harne ist, wie *v. Sehlen* fand, die Borsäure ein vortreffliches Hilfsmittel. Dieselbe lässt erstens die gelösten und geformten Eiweissstoffe der Harne unverändert, sie verhindert ferner, im Verhältniss von 2 Procent der Gesammtmenge dem Harne zugesetzt, jegliche Bacterienentwicklung in letzterem, und sie vermag schliesslich die, den mikroskopischen Nachweis der Bacterien störenden Niederschläge der Harnsäure und harnsauren Salze zu lösen (eine 2procentige Borsäurelösung löst nach *v. Sehlen* etwa die 10fache Harnsäuremenge wie reines Wasser). Um durch den Zusatz der Borsäurelösung eine zu starke Verdünnung der Harne, welche die Sedi-



mentirung der geformten Elemente erschwert, zu vermeiden, musste darnach gestrebt werden, eine möglichst concentrirte Borsäurelösung anzuwenden. Dieser Zweck wurde durch Benützung von Borax-Borsäurelösung erreicht. Die Herstellung derselben geschieht nach *Wendriner's* Angaben am schnellsten und sichersten im heissen Zustande derart, dass zunächst in heissem Wasser 8 Procent Borax gelöst, dann 12 Procent Borsäure zugesetzt und schliesslich noch 4 Procent Borax hinzugefügt werden. Der nach dem Erkalten sich abscheidende überschüssige Theil der Salze wird durch Abfiltrirung entfernt. Um die Harnmischung mit einem Borsäuregehalt von 2—4 Procent zu versehen, genügt ein Zusatz von 20—30 Theilen der beschriebenen Borax-Borsäurelösung, d. h. also $^1/_5$ bis $^1/_3$ der Gesammtmenge. Wegen der erwähnten Vorzüge erscheint das Verfahren eventuell in Verbindung mit der oben beschriebenen Methode des Zusatzes von Borsäure-Eiweisslösung zu den Deckglaspräparaten berufen, in der mikroskopischen, speciell bacterioskopischen Urinuntersuchung bei Blasen- und Nierenleiden eine wichtige Rolle zu spielen; durch Anwendung desselben bei verschiedenen bacteritischen Processen des Urogenitalapparates erhielt *v. Sehlen* Resultate, welche den an das Verfahren geknüpften Erwartungen durchaus entsprachen. Bei Untersuchung auf Tuberkelbacillen kann man überdies durch Abpipettiren oder durch Wasserverdunstung über Schwefelsäure im luftverdünnten Raume die Sedimente noch stärker concentriren. Die Borax-Borsäurelösung empfiehlt sich weiterhin als Zusatz zu den nach dem *Biedert*'schen „Satz“-Verfahren behandelten Sputis und Gewebsfragmenten, um der ohne Beigabe eines Antisepticums unvermeidlich eintretenden Fäulniss entgegenzuwirken.

610. ***Zur Fettresorption im Darm.*** *Von* ***E. Sehrwald.*** *(Correspondenzbl. des allgem. ärztl. Vereines von Thüringen. 1888. 6. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 19.)*

Verf. fand bei Fröschen 4—5 Stunden nach Verfütterung von Olivenöl die Cylinderzellen des Darmes mit Fett erfüllt (Osmiumreaction); die Fetttropfen erschienen besonders in zwei oberhalb und unterhalb des Kernes gelegenen Zonen. Hatte er dagegen den Thieren vor der Fütterung 1—2 Ccm. einer gesättigten Lösung von Chininsulfat in den Darm gebracht, so blieben die Epithelzellen völlig frei von Fett. Das Chinin hatte also die Fettresorption verhindert. Verf. glaubt, dass das Chinin, das ja durch *Binz* als Protoplasmagift erwiesen ist, die active protoplasmatische Thätigkeit des Darmepithels, die zur Fettaufnahme unerlässlich ist, lahm gelegt habe.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

611. ***Massnahmen gegen Verbreitung der Schwindsucht.*** *Polizeiverordnung in Berlin. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 9.)*

Durch *Cornet's* Untersuchungen über die Verbreitung der Tuberculose ist festgestellt worden, dass nur der getrocknete Auswurf der an der Lungenschwindsucht Erkrankten den Gesunden verderblich wird, und zwar, sobald derselbe fein verstäubt



der Athmungsluft beigemischt, dem menschlichen Körper zugeführt wird. Um die auf solche Weise vermittelte Uebertragung von Tuberkelbacillen thunlichst zu verhüten, sollen Tuberculöse angehalten werden, niemals in ein Taschentuch, auf den Fussboden oder an die Wände, sondern lediglich in ein für diesen Zweck bestimmtes Gefäss, Speinapf oder Speiglas, auszuspeisen; besonders sei ein Handspeinapf zu empfehlen, um jede Verunreinigung des Bodens etc. zu verhüten. Eine Desinfection des Auswurfes durch die früher üblichen Mittel hält *Cornet* für überflüssig, da das Sublimat z. B., wie längst bekannt ist, Tuberkelbacillen überhaupt nicht unschädlich mache, die Carbolsäure zu diesem Zweck aber nur unter Beobachtung grösster Sorgfalt in der Anwendung zuverlässig wirksam sei. Die Speigefässe seien täglich nur mit kochendem Wasser zu reinigen, der Auswurf aber mit dem Waschwasser in die Aborte zu befördern; Sand oder Sägespäne zur Bestreuung des Bodens der Speinäpfe zu benutzen, sei nicht empfehlenswerth, da auf solche Weise dem Trocknen und der Verstäubung des Auswurfes Vorschub geleistet werde; eine geringe Menge Wasser in den Gefässen sei nicht zu verwerfen. Auf Grund der *Cornet*'schen Untersuchungen und mit Rücksicht darauf, dass Geisteskranke nicht selten an Tuberculose (Schwindsucht) erkranken, sandte der Polizeipräsident von Berlin an die Privat-Irrenanstalt eine Aufforderung, die folgenden Anordnungen durchzuführen: 1. Offenbar Tuberculose sind, soweit thunlich, von anderen Kranken abzusondern. 2. Sämmtliche Kranke, welche an dieser Krankheit leiden oder derselben verdächtig sind, werden streng angehalten, lediglich in mit wenig Wasser am Boden bedeckte Speigefässe den Auswurf zu entleeren. Jene Gefässe sind täglich mindestens einmal mit siedendem Wasser zu reinigen, der Gesammtinhalt wird in die Aborte entleert. Etwaige Besudelungen des Fussbodens, der Lagerstellen, der Wände etc. werden, soweit möglich, sofort mit siedendem Wasser oder in anderweit zweckentsprechender und zuverlässiger Weise entfernt; besudelte Gebrauchs- und Bettwäsche wird entfernt und ausgekocht. 3. Bettstücke, Matratzen, Decken etc., sowie alle Gebrauchsgegenstände, welche Schwindsüchtige benutzt haben, sind nach Massgabe der diesseitigen Polizeiverordnung vom 7. Februar 1887, betreffend Desinfection bei ansteckenden Krankheiten, zu behandeln, beziehungsweise den hiesigen städtischen Desinfectionsanstalten zu übergeben, soweit nicht etwa Auskochen angängig ist. 4. Auch die Desinfection derjenigen Zimmer, in welchen Schwindsuchtskranke gelegen haben, erfolgt nach dem Abgange der Letzteren durch Entlassung oder Tod nach Massgabe der vorerwähnten Bestimmungen.

612. ***Studien über die Zersetzungen der Milch.*** *Von* ***Gösta Grotenfeld*** *aus Finland. Aus der hyg.-bacteriolog. Abthlg. von Dr. Hueppe am Fresenius'schen Institute zu Wiesbaden. (Fortschr. d. Med. 1889. 2 u. 4.)*

I. Ueber rothe Milch. Als Ursache der rothen Farbe, welche die, normal aus dem Euter kommende Kuhmilch zuweilen annimmt, hat *Hueppe* einen Mikroorganismus gefunden, den er als Bacterium lactis erythrogenes — Bacterium der rothen Milch — bezeichnet und den Verf. näher studirt. Es sind dies Kurzstäbchen,

die auf Gelatineplatten anfangs als kleine runde, zuerst grauweisse, dann aber graugelbe Zoogloeen erscheinen, die nach und nach immer reiner gelb werden. Rings um die, die Gelatine verflüssigende Colonie, tritt eine schwache Rosafärbung der Gelatine zu Tage. In Gelatinestichculturen entwickelt sich in den ersten Tagen eine anfangs weissliche, später gelbe, kreisrunde Auflagerung an der Oberfläche, während im Stichcanal das Wachsthum ein geringes ist. Die Gelatine wird nach und nach verflüssigt und roth gefärbt. Die Rothfärbung geht der Verflüssigung voran, und zwar wird dieselbe viel intensiver, wenn die Entwicklung der Culturen ganz im Dunkeln stattfindet und bleibt bei Belichtung ganz aus. Auch auf anderen Nährböden — Agar, Bouillon, Kartoffeln — entwickeln die Bacillen der rothen Milch eine goldgelbe Farbe. In sterilisirter Milch bewirken die Bacterien eine langsam vor sich gehende Ausscheidung des Caseïns mit Rothfärbung des Serums. — Sowohl in Gelatine-, als auch in Milch- und Bouillonculturen entwickeln diese Bacterien einen ekelig süssen Geruch. Sie färben sich mit den gebräuchlichen Anilinfarben und spielen keine pathogene Rolle.

II. Ueber die Virulenz einiger Milchsäurebacterien. Verf. fand, dass die Virulenz der Milchsäurebacterien in hohem Grade abnimmt, wenn dieselben in vielen Generationen auf zuckerfreies Nährgelatine cultivirt werden, in welcher sie eine specifische Spaltung nicht ausüben können, dass aber die Virulenz unverändert bleibt oder sogar vergrössert wird, wenn die Bacterien in ununterbrochener Folge in der Milch gezüchtet werden, in welcher sie eine specifische Gährung erregen können. Die Möglichkeit und relative Leichtigkeit der Beeinflussung der Virulenz durch einfache und sonst zusagende Cultur, also unter Bedingungen, die auch sonst in der Natur möglich erscheinen, beweist, dass die Erreger der Milchsäuregährung in der Form, in der sie uns in der Milchwirthschaft entgegentreten, als eine leistungsfähige Modification gewöhnlicher Saprophyten oder als eine Culturrasse aufzufassen sind.

III. Ueber die Spaltung von Milchzucker durch Sprosspilze. Ausser dem von *Duclaux* entdeckten Sprosspilz, der Milchzucker direct spaltet, fand Verf. einen Sprosspilz, der direct auf Milch und Milchzucker wirkt und von ihm als Saccharomyces acidi lactici bezeichnet wird. Derselbe unterscheidet sich vom *Duclaux*'schen dadurch, dass dieser letztere vorwiegend ein Erreger von Alkoholgährung ist und seine Säuremenge nicht zur Gerinnung der Milch ausreicht, während beim ersteren die Alkoholgährung geringer und die Gerinnung der Milch durch Säurebildung sehr intensiv ist. *Schnirer*, Wien.

613. ***Kann eine Uebertragung der Tuberculose durch die Wohnräume erfolgen?*** *Von* **Engelmann.** *(Berl. klin. Wochenschr. 1889. 1. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 19.)*

Verf. berichtet eine interessante Beobachtung über die Uebertragung der Tuberculose durch die Wohnräume. In einer neu erbauten, verhältnissmässig gesunden Wohnung waren 8 Jahre lang keine Fälle von Lungenschwindsucht vorgekommen. Darauf bezogen zwei hochgradig Schwindsüchtige die Zimmer, lebten in denselben einige Monate und gingen schliesslich an Phthisis

zu Grunde. Von da an bezogen verschiedene Familien, von denen einige, in keiner Weise hereditär belastet, bisher gesund gewesen waren, die Wohnräume. Nie fand sich beim Wechsel der Bewohner die nöthige Zeit, um die Zimmer gründlich zu reinigen. Innerhalb von 12 Jahren kamen nun 12 Todesfälle an Tuberculose in der Wohnung selbst oder doch bald nach dem Verlassen derselben vor. Es ist diese Thatsache um so auffälliger, als, da in dem Hause noch zehn andere Wohnräume sich befanden, welche von Familien bewohnt wurden, die genau unter denselben äusseren Verhältnissen lebten und häufig ihr Domicil wechselten, während derselben Zeit in sämmtlichen anderen Wohnungen nur 7 Personen an Tuberculose verstarben. Verf. ist der Ansicht, dass die Uebertragung der Tuberculose durch inficirte Wohnränme vielleicht häufiger vorkommt, als man bisher anzunehmen geneigt sei.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

614. *Beobachtungen über einzelne seltene Hautkrankheiten in Norwegen.*

I. Lichen ruber.

*Von **Cäsar Böck** in Christiania.*

Norsk Magaz. for Laegevidensk. Nr. 8 u. 9, pag. 617, 693.

*Ref. Prof. Dr. **Theod. Husemann.***

Auf Grundlage von 11 eigenen Beobachtungen und mikroskopischen Untersuchungen diverser Papeln ist *Böck* zu der Ansicht gelangt, dass die unter dem Namen Lichen planus, acuminatus und obtusus beschriebenen Hautleiden sämmtlich Formen einer und derselben Hautkrankheit seien, die man mit dem von *Hebra* zuerst für die zugespitzte Form gebrauchten und wegen der charakteristischen Färbung des Ausschlages äusserst passenden Namen Lichen ruber belegt. Der Lichen ruber acuminatus (Lichen ruber von *Hebra)* ist verhältnissmässig selten und kommt am häufigsten in Oesterreich-Ungarn *(Hebra, Kaposi, Róna* u. A.) und Südrussland *(Schadeck)*, weniger häufig in Norddeutschland *(Unna)*, sehr selten in England und Amerika, nicht in Frankreich und Norwegen vor. Die Meinung von *Brocq*, dass *Hebra's* Lichen ruber mit Pityriasis pilaris identisch sei, ist total unbegründet. Diese drei Formen können sich miteinander combiniren und bei einem und demselben Individuum hinter einander eintreten. Eine Zusammengehörigkeit der Formen ergibt auch das mikroskopische Verhalten der Haut bei denselben, namentlich im Zusammenhange mit einer von *Böck* zuerst beschriebenen Form, bei welcher neben dem Lichen planus und obtusus ausgedehnte, geflammte, rothe Hautstellen und Flecken vorkommen, die offenbar als Elementar-



form des Lichen ruber-Ausschlages betrachtet werden müssen, obschon sie allerdings weitergehende, flüchtige Erscheinungen darstellen. Diese Affection, welche auf diffuser Entzündung des Papillarkörpers, begleitet von intensiver Röthe und bedeutender Vergrösserung und Ausdehnung der einzelnen Papillarfelder, beruht, würde, wenn sie isolirt vorkäme, gewiss kaum als zu Lichen ruber gehörig aufgefasst werden. Sie hinterlässt deutliche Pigmentirungen, aber keine Narben. Näher stehen der bekannten Form isolirte, scharf begrenzte, oft kreisrunde, nicht merklich erhobene, mehr blassrothe, glatte und glänzende Flecken, auf deren Oberfläche in noch höherem Grade die einzelnen Papillarfelder vergrössert sind. Kommt es zu stärkerer Infiltration im Corium und zu bedeutenderer Hyperplasie in den verschiedenen Schichten der Oberhaut, so entstehen die nadelkopf- bis erbsengrossen Papeln, welche die am meisten charakteristische Form des Lichen ruber bilden und deren glatte, glänzende Beschaffenheit auf dem mikroskopisch nachweisbaren eigenthümlichen Verhalten der Hornschicht beruht, die nicht nur häufig mächtiger als in der Norm ist, sondern sich besonders durch ihre homogene Structur aus fest zusammengefügten Hornzellen auszeichnet. Eine ganz excessive Verdickung der Hornschicht zeigt die anscheinend bisher in Oesterreich-Ungarn nicht beobachtete Form, welche die Franzosen Lichen plan corné nennen. Die grossen Papeln entstehen entweder aus gleichzeitiger Erkrankung mehrerer benachbarter Papillarfelder oder durch Confluenz aus kleineren Papeln. Die obtuse Papel von *Unna* charakterisirt sich durch ungewöhnlich starke Hyperplasie aller Schichten der Oberhaut und findet sich vorwaltend an den Streckseiten der Extremitäten, wo überhaupt die grössten Papeln vorkommen. Eine Sonderstellung nimmt Lichen acuminatus ein, insoferne der Sitz der Papel an den Haarfollikeln und deren nächste Umgebung ist. Wenn somit die einzelnen Formen auf analoge und nur gradweise verschiedene Veränderungen der Haut zurückzuführen sind und dieselben an denselben Individuen sich combiniren können, wird man sie doch klinisch auseinanderhalten müssen, da die reine zugespitzte Form die schwerste, die reine obtuse die leichteste zu sein scheint. Die hartnäckigste Form ist der Lichen plan corné, der in 2 norwegischen Fällen, allerdings bei sehr unvorsichtigem Verhalten der Kranken, 10 bezw. 26 Jahre dauerte. In den schwersten Fällen wird neuropathische Anlage sehr ausgesprochen. Die Behandlung erfordert den längeren Gebrauch von Arsenikalien, z. B. Pilulae Dioscorides, von welchen jede 1 Mgrm. arsenige Säure enthält. Man beginnt mit 4—5 Pillen im Tag und steigt alle 5 Tage um 1 Pille, bis 13—15 Pillen genommen werden. Nach dem Verschwinden des Ausschlages ist der weitere Fortgebrauch kleiner Dosen räthlich. Gegen Hautjucken ist Borax-Carbolsäurelösung (Borax 8·0, Acid. carbol. 1·5, Aq. 230·0, Glycerin 20·0) von entschiedenem Nutzen. Der von *Lassar* 1885 aufgefundene Parasit bei Lichen ruber ist nichts als eine Art Mastzelle mit ihrem feinkörnigen Inhalt.

(Schluss folgt.)



Literatur.

615. ***Herrschermacht und Geisteskrankheit.*** *Studien aus der Geschichte alter und neuer Dynastien. Von Dr. med.* ***W. W. Ireland,*** *Mitgl. der medico-psychological Association in London etc. Autorisirte Uebersetzung. Stuttgart, Verlag von Robert Lutz, 1887. 139 S. Kl. 8°.*

Verfasser macht auf historischer Grundlage den psycho-pathologischen Versuch, geistige Erkrankungen, welche in zahlreichen Dynastien auftraten, als Erbtheil einer mehr oder minder absoluten fürstlichen Macht darzustellen. Als nächste Wirkung unbeschränkter Macht scheint ihm Zügellosigkeit in sinnlichen Genüssen zu sein, welche bald in Grausamkeit übergeht. Schon in den frühesten Abschnitten der Geschichte, in den babylonischen und persischen Herrscherhäusern, später in der julischen Familie, bei den Karolingern u. s. w. treten in den Herrscherfamilien Wahnsinn und Neurosen auf. In fünf Abschnitten liefert nun Verfasser eine Auswahl von hierher gehörigen Beispielen. Ein Correctiv für diese nachtheiligen Folgen findet *Ireland* in dem Verschwinden der unumschränkten Herrschaft in den civilisirten und constitutionell regierten Ländern, indem sich hierdurch die in verschiedenen Dynastien typisch aufgetretenen Neurosen immer mehr verlieren. Verfasser behandelt u. A. die Krankheit des Königs Ludwig II. von Bayern mit wissenschaftlicher Objectivität. Das Werkchen wird von gebildeten Aerzten mit vielem Nutzen gelesen werden. —*k.*

616. ***Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus.*** *Von* ***Krafft-Ebing,*** *Dr., R. v., o. ö. Prof. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten a. d. Universität in Graz. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889. 92 S. 8°.*

Auf die besonderen Vorzüge der vorliegenden Schrift haben wir schon beim ersten Erscheinen derselben im vorigen Jahre (Nr. 1083 der Med.-chir. Rundschau, 1888), unsere Leser aufmerksam gemacht. In der vorliegenden Auflage sind wieder neue Beobachtungen und Thatsachen über den Zustand der Patientin mitgetheilt, deren Krankengeschichte die Grundlage von *Krafft-Ebing's* Studie bildet, indem das Tagebuch über die Schicksale der Patientin nun auch von Juni 1888 bis November desselben Jahres mitgetheilt wird. Ueberdies ist der Text der I. Auflage revidirt und die Epikrise mit zahlreichen Zusätzen versehen. Verfasser gelangt in dieser Studie zu dem Resultate, dass die hypnotische Suggestion eine werthvolle Bereicherung der Therapie der functionellen Nervenkrankheiten bildet und theilt auch diesmal Erfolge einer neuen Suggestion an derselben Patientin mit, die von grossem Interesse sind. —*r.*

617. ***Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik.*** *Unter besonderer Mitwirkung von: Dippel, Prof. Dr. Leop. in Darmstadt, Flesch, Prof. Dr. Max in Frankfurt a. M., Schiefferdecker, Dr. Paul in Bonn, Wichmann, Prof. Dr. Arth. in Utrecht, herausgegeben von* ***Behrens, Dr. Wilh. Jul.*** *in Göttingen. Band VI. Heft 1. Mit 10 Holzschnitten. Braunschweig. Harald Bruhn, Verlagsbuchhandlung für Naturwissenschaft und Medicin. 1889.*

Fast überzeugt, dass die praktische Verwerthung des Mikroskops sich in dem Masse steigert, als sämmtliche Hilfsmittel, welche die Brauchbarkeit desselben fördern, zu Nutzen gemacht werden, müssen wir jene unserer Leser, welche sich mikroskopischen Studien widmen oder sich des

Mikroskopes häufig zu diagnostischen Zwecken bedienen, auf das Erscheinen des VI. Bandes der oben genannten Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie aufmerksam machen. Das vorliegende 1. Heft enthält an grösseren Abhandlungen: *Capranica*, Beiträge zur Mikrophotographie; *Klein*, Ueber das Zeichnen von Wandtafeln mikroskopischer Objecte für Demonstrationen und Unterrichtszwecke; ferner eine grosse Anzahl kleinerer Mittheilungen von *A. Koch*, *H. W. Heinsius*, *Dr. P. Schiemenz, Prof. Dr. W. Flemming*, *Dr. S. Cuccati*, *Dr. M. Darkschewitsch*. Die Referate beziehen sich auf sämmtliche Gebiete, welche derzeit mit Hilfe des Mikroskops bearbeitet werden; unsere Leser finden ebensowohl hystologische, als bacteriologische Arbeiten von Fachmännern berichtet. —*r.*

618. ***Diagnostische Semiotik des Harns.*** *Herausgegeben von* ***Dr. med. Rosenfeld****, Assistent am chemischen Laboratorium der med. Klinik in Breslau. Verlag von Preuss und Jünger, Breslau 1889. 63 S. 32⁰.*

Das vorliegende Schriftchen, welches ursprünglich als Beilage des med. Taschenkalender, herausgegeben von DDr. *Jaenicke*, *Leppmann*, *Partsch*, bestimmt war, erschien auch in separater Ausgabe. Die Benützung desselben setzt voraus, dass der Arzt die klinische Harnanalyse, wie sie am Krankenbett wohl in keinem Falle vernachlässigt werden sollte, schon technisch beherrscht. Häufig genug steht aber nach Durchführung der Untersuchung der Arzt vor der Frage, in welcher Weise die durch Reagentien und Mikroskop gefundenen Resultate der Untersuchung diagnostisch verwerthbar seien. Für diese Fälle findet der Arzt in dem obengenannten Schriftchen eine kurzgefasste fachmännische Aufklärung.

—*r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

619. ***Der Ileus und seine Behandlung.*** *Von Prof.* ***Curschmann,*** *Leipzig. Vortrag gehalten am Congress für innere Medicin Wiesbaden. April 1889.*

In der Mehrzahl der Fälle begnügen wir uns festzustellen, es besteht ein Verschluss des Dünndarms oder des Dickdarms; höchstens präcisiren wir noch genauer die oberen oder die unteren Theile dieser Darmabschnitte. Manchmal gelingt es, feiner zu diagnosticiren, so z. B. einen Volvulus, die Drehung des S romanum, Gallensteine als Ursache oder vorausgegangene Operationen.

Für die Diagnose, Prognose und die einzuschlagende Therapie sind die Lehren, welche wir aus den Arbeiten von *Leichtenstern* und *Nothnagel* ziehen, massgebend. Wir wissen, dass es bei Ileus vor allem darauf ankommt 1. wie stark das Hinderniss ist und 2. wie gross das Maass der Kräfte der vor dem Hinderniss liegenden Partie ist. Die extremsten Situationen können nun sein: entweder geringfügiges Hinderniss bei völligem Fehlen der Bewegung oder intacte Bewegung bei unüberwindlichem Hinderniss oder gewisse mechanische Verhältnisse, die direct oder indirect das Hinderniss steigern. Hierher gehören die Verlegungen und Eintreibungen des Darmes, die durch Hernien bedingt sind, die Steigerung vorhandener Intussusceptionen, die Steigerung der bruchartigen Einklemmungen, das Fortschieben von Fremdkörpern an ungünstige Stellen. Dazu kommen noch gewisse allgemeine Verhältnisse des intraab-



dominellen Druckes, welche so ziemlich für sämmtliche Incarcerationen des Darmrohres von Bedeutung sind. Es handelt sich dabei um eine Stauung des flüssigen oder gasförmigen Inhaltes oberhalb der Occlusionsstelle und Collaps des unteren Theiles, um die Spannung des Darmrohres und um die dadurch entstehende Lähmung. Durch die enorme Auftreibung der Gedärme und durch die reactive Spannung der Bauchwand wird der Druck auffallend erhöht. Die in die Occlusion hereinfallenden Partien der Schlingen werden fixirt und es entsteht das Verhältniss, dass die Darmpartien wie in einem Luftkissen eingedrängt keine Excursionen mehr machen können. Man fragt sich, wie es möglich ist, durch interne Mittel solche Verhältnisse zu beseitigen, und in der That sind auch manche unlösbar und weichen nur dem chirurgischen Eingriff. Immerhin ist aber die Prognose nicht so schlimm, als man von vornherein annehmen sollte. Heilungen gehören nicht zu den Seltenheiten. Bei fast keinem Ileus ist die Heilung absolut ausgeschlossen, wenn freilich die Natur der Hindernisse dabei sehr in Betracht kommt. Knickungen des Darmes können gehoben werden, Fremdkörper können fortgetrieben, Invaginationen ausgeglichen werden. Aber auch bruchartige Einklemmungen können heilen. Gegentheilige Behauptungen müssen zurückgewiesen werden. Das Alter und die histologische Beschaffenheit der eingeklemmten Partie kommen sehr in Betracht. Wenn die Hindernisse nicht zu alt und zu derb sind, so können sie besonders durch Darmdruck gesprengt, erweitert und eventuell zum Platzen gebracht werden. Redner hatte Gelegenheit, Erfahrungen darüber zu sammeln. So behandelte er z. B. einen Patienten, der mehrmals von Ileus befallen wurde, der 3—4mal vorüberging. Schliesslich erlag er einer neuen Attacke. In solchen Fällen sind derartige Verwachsungen constatirt worden, die einfach unheilbar sind. Die statistischen Daten sind bisher nicht genügend. *Curschmann* selbst behandelte 68 Fälle von Ileus, 20 weitere Fälle kennt er aus den Aufzeichnungen der Leipziger Klinik. 50 Fälle hat *Goltdammer* in seiner Arbeit beschrieben und 17 Fälle wurden von dem hervorragenden Praktiker in Hamburg, *v. Bülau*, behandelt, in Summa 105 Fälle. Davon kamen 37 Fälle zur Heilung $= 35^1/_4$%. Selbst schwere acute Occlusionen des Darms kommen bei innerer Behandlung zur Heilung. Es ist also eine schwere Uebertreibung, zu behaupten, dass Ileusfälle bei interner Behandlung nicht zur Heilung gelangen können. Zufrieden dürfen wir freilich noch nicht sein, sondern müssen anstreben, den Procentsatz noch herabzusetzen. Durch den Verlauf der Krankheit wird man oft zu aggressiven Mitteln gedrängt und man kann es den Chirurgen verzeihen, wenn sie lieber auf die Resultate der inneren Medicin verzichten und gleich operiren wollen. Ob es aber gelingt, die Operation so ungefährlich zu machen, wie z. B. die Ovariotomie, ist die Frage. Bis jetzt ist die Laparotomie nicht viel weniger gefährlich als der Ileus selbst. Redner kann mit grosser Befriedigung sagen, dass der grösste Theil der Chirurgen mit ihm derselben Meinung ist. Nur eine Minderzahl ist extrem, *Madelung* und andere halten die Operation nur mit Auswahl berechtigt. Wo liegen nun die Grenzen der inneren und chirurgischen Behandlung? Auf beiden Seiten stösst man hier auf Schwierigkeiten, denn die Diagnose ist in Bezug auf die anatomische Beschaffenheit und den Sitz der Occlusion noch nicht hinreichend klar. Der praktische Arzt ist in dieser Beziehung besser daran als die Spitalärzte, die die Kranken nur in vorgeschrittenem Stadium bekommen; mit hochgradigem Meteorismus, schlechtem Puls und drohender Herzschwäche. Die Diagnose geht nicht weiter als zur Unterscheidung

des Dünndarm- oder Dickdarmverschlusses. Geht der Chirurg an solche Fälle heran, so sind auch seine Aussichten keine glänzenden. Wer mag entscheiden, ob sie besser sind als die des inneren Mediciners? Die bedeutendsten Chirurgen (u. A. *v. Bergmann, Czerny, Madelung, Mikulicz*) haben sich für diese Fälle sehr reservirt ausgesprochen. Die praktischen Erfahrungen fordern in solcher Lage gleichfalls zu grosser Vorsicht auf. Die septische Gefahr kommt wohl heutzutage nicht in Betracht, die Gefahr liegt vielmehr in dem Zustande des Nervensystems, in der Gefahr des Shoks. Solche Patienten collabiren und die Weitereröffnung der Bauchhöhle, die lange Dauer der Operation steigert rapid den schon vorhandenen Shok. Hierin liegt der Grund, dass solche Patienten sterben, ohne dass bei der Section ein hinreichender pathologischer Grund constatirt werden kann. Wenn Aerzte sagen, hier müsste früher operirt werden, so ist das richtig, aber praktisch nur in den seltensten Fällen ausführbar. Weder der Kranke, noch die Angehörigen, wahrscheinlich der Arzt selbst nicht, denken in den ersten 10—20 Stunden daran, die Operation vorzunehmen, zudem bei einem Uebel, das auch bei innerer Behandlung $35^1/_4$% Heilungen ergibt.

Der Vorschlag *Kümmel's*, die Bauchhöhle vom Processus xyphoideus bis zur Symphyse zu öffnen und nur das Hinderniss aufzusuchen, stösst doch auf ganz bedeutende Schwierigkeiten, abgesehen davon, dass solche Eingriffe bei zu Collaps geneigten Patienten höchst gefährlich sind. Selbst der pathologische Anatom hat oft lange Zeit nöthig, um bei Sectionen den Sitz der Occlusion zu finden. Die lange Dauer der Operation ist an und für sich höchst schädlich für den Patienten. Hoffen wir, dass die Chirurgen die Dinge, die uns jetzt gefährlich erscheinen, zu ändern vermögen. Bis dahin müssen wir die Kranken, bei denen der Puls klein, die Schwäche hochgradig und der Leib stark aufgetrieben ist, mit internen Mitteln behandeln oder in solchen Fällen chirurgisch uns nur auf die nöthigsten Manipulationen beschränken und eventuell einen künstlichen After anlegen. Nach einigen Tagen kann sich dann die Durchgängigkeit des Darmes herstellen oder man hat den schwachen Kranken über das Gröbste hinweggebracht und kann dann die Laparotomie machen. Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn wir das Glück haben, frühzeitig zu diagnosticiren. Hier ist es in manchen Fällen sündhaft, die Operation hinauszuschieben. Es sind dies die Fälle, wo der Darm noch nicht zu stark ausgedehnt ist, wo der Patient nicht collabirt ist. Hier feiert die Chirurgie ihre Triumphe. *Goltdammer* hat die Indicationen für die Laparotomie näher angegeben. Wo Opium keinen Erfolg hat und rascher Collaps bevorsteht, kann man die Laparotomie noch versuchen. Vielleicht sind diese Fälle besser zur Enterostomie geeignet. In der Operation werden die nächsten Fortschritte zu erhoffen sein, manches bleibt aber für die innere Medicin übrig. Kommt ein Ileuskranker in ärztliche Behandlung, so ist das erste: absolute Diät. Dadurch fördern wir die nicht operirbaren Fälle und arbeiten für die zu operirenden dem Chirurgen vor. Gegen den Durst sind Eisstückchen am Platze, auch kleine Wasserklystiere. *Curschmann* wendet auch die von *Fürbringer* empfohlenen subcutanen Kochsalzinjectionen an. Unsere therapeutischen Bestrebungen lassen sich zusammenfassen in solche, welche 1. den Motus peristalticus vermindern, 2. die Diminution des gesteigerten intraabdominellen Druckes bezwecken, 3. in manchen Fällen direct durch interne Mittel den Verschluss zu heben suchen.



Was die Abführmittel betrifft, so bestand bis vor Kurzem noch Uneinigkeit. *Bamberger* kämpfte für die Abführmittel gegen *Wachsmuth*, der Opium empfahl.

Die grösste Anzahl der Aerzte ist gegen die Abführmittel. Wir können damit nur schaden. Die Abführmittel vermehren den fatalen Mechanismus, den Motus peristalticus; sie bringen den Darm leichter und früher zur Parese; sie wirken im Sinne der Ueberfüllung des Darms oberhalb der Strictur. Darmocclusion, die durch Knickung oder Ueberausdehnung der über der Knickung liegenden Darmstücke entstanden ist, wird durch Abführmittel gesteigert. Dies ist die allgemeine Anschauung der Aerzte in Deutschland. Der Vortragende findet die Opiumbehandlung für jeden Fall passend. Sie vermindert die Peristaltik und wirkt gegen die krampfhaften Zusammenziehungen, gegen den Collaps der Därme und so gegen die Parese. Bei noch kräftigen Individuen gab man dreiste Dosen von 0·5—1·0 Opium in 24 Stunden. In späterer Zeit sind forcirtere Gaben vorsichtiger zu gebrauchen, namentlich wenn Collaps droht. Die von *Kussmaul* angegebene Schlundsondenentleerung ist ein beruhigendes und mächtig erleichterndes Mittel; sie ist aber auch eine Art der internen Behandlung, welche die Occlusion von selbst zu heben im Stande ist. Durch das Auspumpen des Magens strömt Darminhalt in den Magen nach; der intraabdominelle Druck wird hierdurch sehr verringert, der Darm entlastet. Dadurch kann dann auch die Incarceration gelöst werden. In ähnlicher Weise wie die Magenausspülung, wirkt die (in letzter Zeit wieder verlassene) Methode der Gaspunction. *Curschmann* hat damit häufig Versuche gemacht und war zufrieden. Durch feine Nadeln einer *Pravaz*'schen Spritze wurden die Gase aus den aufgetriebenen Darmpartien entleert, und es wird dadurch ein Ausgleich der Stauungsverhältnisse erzielt in der ober- und unterhalb der Occlusionsstelle liegenden Darmpartie. Die Methode passt für die Fälle, wo die Spannung, die active wie die reactive, noch keine hochgradige ist. *Curschmann* hat die Methode palliativ verwendet, hat aber auch Heilerfolge davon gesehen. Directe Nachtheile beobachtete er niemals davon, wenn die Antisepsis dabei beachtet wurde. Bei Autopsie sah man niemals das Geringste von einer peritonitischen Reizung der getroffenen Stelle. Früher zog man auch die Behandlung des Ileus mit Klystieren in Gebrauch. *Lebert* gebrauchte sogar eine Handfeuerspritze. Wir sind sehr davon zurückgekommen. Redner macht sehr selten von hohen Eingiessungen Gebrauch, sich auf die Fälle beschränkend, wo das Hinderniss im Colon sitzt. Ueber die *Bauhin*'sche Klappe hinaus ist ein meteoristischer Darm nicht zugänglich. Eine fatale Nebenwirkung ist die, dass das Wasser oft nicht mehr herauskommt und der Kranke durch Ueberfüllung des unteren Darms Schmerzen bekommt. In letzter Zeit wurden auch durch *Ziemssen* Lufteinblasungen empfohlen und dazu ein Ansatz eines Spraygebläses mit gabeliger Röhre benutzt. Man kann mit dieser Methode vielleicht mehr nützen als mit Klystieren. Bei Fällen mit tiefsitzendem Verschluss ist direct Heilung damit ermöglicht, bei Carcinom des Dickdarms Erleichterung der Ileusanfälle für mehrere Tage.



Kleine Mittheilungen.

620. ***Das Fenster beim Typhus.*** **A. K. Minich** in Philadelphia berichtet in The Med. Reg. V. 1889. 7. — Deutsch. med. Zeitg. 1889. 77 über sechs Fälle von Typhusfieber, welche während der Reconvalescenz an Lungenentzündung zu Grunde gingen. Bei allen sechs entwickelte sich die Pneumonie auf der dem Fenster zu gelegenen Seite des Bettes. Seitdem lässt *Minich* nicht mehr das Krankenbett parallel mit der die Fenster enthaltenden Wand aufstellen und seitdem hatte er auch keine Pneumonie. *Minich* mass die Temperaturen seines geheizten Zimmers dicht am Fenster und fand dort 13·1° R., 3 Fuss davon entfernt 14·4° und 8 Fuss entfernt 16·8° R. Aus dieser kleinen Statistik wird noch die Frage entstehen, ob bei einem Temperaturunterschied auf der rechten und linken Körperseite eine Pneumonie auf der kälteren Seite einsetzt.

621. ***Zur Coupirung der Anfälle von Migräne*** hat Dr. **G. Hammerschlag** (Allg. med. Ctrl.-Zeitg. 1889. 39) folgende Verordnung gute Dienste geleistet:

Rp. *Citrat. Coffein . . . . . 1·0*
Phenacetin . . . . . . 2·0
Sacch. alb. . . . . . . 1·0
M. f. P. Div. in dos. Nr. 10.
D. in caps. amyl.

Jede zweite bis dritte Stunde eine Kapsel in den Zwischenräumen der Anfälle zu nehmen. *—r.*

622. ***Zur Behandlung der Pleuritis*** empfiehlt **Comby** (Paris) (France méd. 1889. 41. — B. k. Wochenschr. 1889. 18) die Anwendung des Coffeins in grossen Dosen (1·5 mit Natron benzoic. aa. in Solution als Tagesgabe) in Verbindung mit Milchdiät. In einem mitgetheilten Falle, in dem diese Mengen ohne den geringsten Schaden vertragen wurden, stieg die Harnmenge von 600 Cbcm. alsbald bis auf 2000 Cbcm. in 24 Stunden, gleichzeitig mit dieser vermehrten Diurese war die Resorption des Exsudats percutorisch und auscultatorisch nachweisbar; 3 Wochen nach Aufnahme des Patienten war jede Spur verschwunden. *Comby* erblickt im Coffein ein mächtig wirkendes Diureticum und zieht dasselbe auch als Herzmedicament den anderen Ersatzmitteln der Digitalis — Spartein, Convallamarin, Strophantin — bei Weitem vor.

623. ***Das Bromnatrium gegen die Idiosyncrasie für Chinin.*** **Krastilevsky** hat ein an Intermittens leidendes junges Mädchen beobachtet, bei welchem das Chinin, selbst in ganz kleinen Dosen, Erytheme veranlasste. Diese Intoleranz für Chinin bekämpfte er mit Erfolg durch gleichzeitige Anwendung von Brompräparaten. Man verabreichte der Patientin alle 2 Stunden einen Dessertlöffel voll einer 2·5%igen Bromnatriumlösung, welche verhinderte, dass die erwähnten Erytheme nach Darreichung des Chinins auftraten. (Le Bulletin médical. 1889. — Allg. med. Ctrl.-Zeitg. 1889. 41.)

624. ***Treatment of hereditary Syphilis.*** *Von* ***Jacobi.*** *(Arch. of Pediatrics. 1888. 59.)*

Jacobi empfiehlt zur Behandlung der hereditären Syphilis in erster Linie die innerliche Darreichung von Calomel von $^1/_{20}$—$^1/_6$ Gr. (0·003—0·01) 3mal täglich, mehrere Monate hintereinander, eventuell — bei Durchfall — mit $^1/_{20}$—$^1/_{12}$ Gran Pulv. Doveri (?); in den schwereren Fällen macht er subcutane Sublimateinspritzungen (die Lösung enthält 1—2 Gran in der Unze = 0·2—0·4 : 100); die Kinder erhalten dann täglich bis circa 1 Mgrm. Sublimat. Die Inunctionscur verwirft *Jacobi* vollkommen. *Jadassohn.*

625. ***Wie conservirt der Arzt seine Hände?*** *Von* ***George Mayer****, Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 2. — Centralbl. f. Chir. 1889. 16.)*

Die Hände werden, nachdem sie mit leicht schäumender Seife gewaschen, gründlich abgetrocknet, dann jedesmal, besonders der Handrücken, mit einer kleinen Menge Lanolin eingerieben, und der Ueberschuss desselben mit einem Handtuche wieder entfernt. Als Geruchscorrigens kann man zu 50 Grm. Lanolin 0·1 Grm. Vanilin und Ol. Rosar. gtt. 1 Grm. hinzufügen; eine geschmeidigere Salbe erhält man, wenn man zu 100 Grm. Lanolin 25 Grm. Paraffin liquid. zusetzt. Zum Gebrauch ausserhalb des Hauses kann man das Lanolin in kleinen Metallfläschchen nach Art derer, die zur Aufbewahrung der Malerfarben dienen, mit sich führen.



626. *Untersuchungen über die Venus von Melos.* *Von Prof. Dr.* ***Hasse.*** *(Arch. f. Anat. u. Physiol. — Allg. med. Ctrl.-Zeitg. 1889.)*

Durch Messungen hat *Hasse* festgestellt, dass bei dem herrlichen Kopfe die rechte und linke Gesichtshälfte nicht die nämlichen Maasse aufweisen. Der unterhalb der Nase gelegene Gesichtsabschnitt, Mund, Lippen und Kinn, ist zwar streng regelmässig, der ganze oberhalb dieser Grenze gelegene Kopftheil aber ist unregelmässig. Das linke Ohr steht höher als das rechte, die linke Schädelhälfte ist breiter als die rechte, ausserdem aber erscheint eine bemerkenswerthe Unregelmässigkeit der für den seelischen Ausdruck so wichtigen Augengegend: die linke Seite steht höher als die rechte, ausserdem ist jene der Medianebene mehr genähert, als diese. Ueberzeugt, dass die Venus von Melos streng nach einem vollendeten Modelle anatomisch richtig gearbeitet ist, ging *Hasse* nun daran, bei regelmässig gebildeten Männern und Frauen die beiden Gesichtshälften genau auszumessen und die gefundenen Maasse zu vergleichen, wobei sich ergeben hat, dass beim Menschen in Wirklichkeit beide Gesichtshälften gemeinhin nicht regelmässig sind, sondern gerade in dem Sinne unregelmässig, wie bei der Venus von Melos dargestellt ist. „Es erweckt", sagt *Hasse*, „Erstaunen, wenn man sieht, mit welcher Genauigkeit, ihm selber unbewusst, ein vollendeter Meister der Natur nachgearbeitet hat."

627. *Note on Anthomya canicularis. Invasion of the vagina by the Larvae, producing Nymphomania.* *Von* ***Frank L. James.*** *(St. Louis Med. and Surg. Journ. Febr. 1889.)*

James theilt einen merkwürdigen Fall von Nymphomanie mit, welchen Dr. *Wernike* in Buenos-Ayres beobachtete. Bei der Ausspülung der Vagina eines jungen Mädchens, welches plötzlich heftige sexuelle Irritationen bekommen hatte, entleerten sich „kleine cylindrische Körper". Sie wurden für Larven von Anthomya canicularis gehalten. Ihre Herkunft wird durch Ueberwanderung aus dem Rectum, in dessen Ampulle sich die Eier des Entozoon vorwiegend entwickeln sollen, hergeleitet. Trotz der Abbildung ist die Identität mit den Larven der Fliege, welche die Mylisis narium in Texas hervorruft, wie amerikanische Autoren behaupten, zweifelhaft. *Loewenhardt.*

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Beissel, Dr. J. Aachen als Curort. Bearbeitet von DDr. *Alexander, Beissel, Brandis, Goldstein, Mayer, Rademaker, Schumacher, Thissen.* Herausgegeben im Auftrage der Stadtverwaltung. Mit zwei lithographirten Tafeln. Aachen, C. Mayer's Verlag (Carl Mayer, kgl. Hofbuchhändler), 1889.

Coën, Dr. Rafael, prakt. Arzt und Spracharzt in Wien. Das Stotterübel, mit Berücksichtigung der streng individualisirenden Behandlung nach den neuesten praktisch-wissenschaftlichen Errungenschaften dargestellt. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.









Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

628. ***Ueber die Unerlässlichkeit der Auswurfuntersuchung auf Koch'sche Tuberkelbacillen.*** *Von Sanitätsrath Dr. Hausmann, Meran. (Original-Mittheilung.)*

Beinahe scheint es überflüssig, die Nothwendigkeit zu betonen, die Sputa Lungenkranker auf Tuberkelbacillen zu untersuchen. Wenigstens müsste es bei den Fällen geschehen, bei denen auch nur der leiseste Verdacht einer anderen Erkrankung vorliegt, der Fall also Zweifel erregt. Der Arzt, welcher weder Zeit noch Gelegenheit hat, selbst dergleichen Untersuchungen anzustellen, muss die Sputa unbedingt an zuverlässige Untersucher senden. Folgender sehr interessanter Fall aus meiner Praxis diene zum Beweise. Vor Jahren kam ein völlig aufgegebener, abgezehrter, hochfiebernder, mit Diarrhöen behafteter Mann in meine Behandlung. Die rechte Lunge war im mittleren Lappen, die linke im oberen Lappen bis über die Brustwarze infiltrirt und theilweise erweicht. Der Auswurf war massenhaft, münzenförmig und fiel im Wasser zu Boden. Vor mehr als einem Jahre war ein Hoden wegen Geschwulst desselben und Abscesse hinweggenommen worden. Wegen allgemeiner Tuberculose nach Meran geschickt, blieb bei den deutlichen Symptomen nichts übrig, als die Prognose als sehr ungünstig zu stellen. Hierzu kam, dass der Process die Wirbelsäule im knöchernen Theil anzugreifen anfing und sich die Meningen zu betheiligen begannen. Jede Berührung, jede Drehung der Wirbel und des Körpers wurde unerträglich vor Schmerz und der Patient schien dem Ende nahe. Damals war gerade von *Koch* die Lehre der Tuberkelbacillen veröffentlicht worden, und um an den höchstwahrscheinlich mit Tuberkelbacillen übersäten Sputis mich mit der mikroskopischen Präparation vertraut zu machen, ging ich an die Untersuchung des Auswurfes. Aber weder ich, noch direct aus der *Koch*'schen Schule hervorgegangene Untersucher konnten trotz öftersten Proben auch nur eine Spur von Tuberkelbacillen finden! Die Aufmerksamkeit wurde nun anderswohin abgelenkt; der Patient, welcher bis dahin aus Scheu vor seiner verwandten Umgebung, jede Andeutung von syphilitischer Infection gemieden hatte, gestand die Möglichkeit einer solchen ein. Als später Knochenauftreibungen, freilich sehr unbedeutende, leicht zu übersehende gefunden wurden, die sehr oft untersuchten massenhaften Sputa immer noch frei von Tuberkelbacillen sich ergaben, so

wurde die unfehlbar als richtig von Vielen auf Tuberculose gestellte Diagnose aufgegeben und auf Syphilis gestellt. Die eingeschlagene Therapie hat die Diagnose glänzend bestätigt und der Patient ist bis heute nicht nur am Leben erhalten, sondern trotz seines enormen Lungendefectes und trotz hier und da auftretender offenbar syphilitischer Recidive frei von Fieber, frei von Diarrhöen, von grossen Schmerzen und zeitweilig ganz gut wohlauf. Alles das wäre ohne Untersuchung auf Tuberkelbacillen nicht möglich, und der Patient sicher dem Tode verfallen gewesen. Es ist sogar fraglich, ob die frühere Castration nothwendig gewesen!

629. ***Ueber Thomson'sche Krankheit (Myotonie).*** *Von **P. J. Wising** in Stockholm. (Hygiea. 1889, LI, H. 1, 2, pag. 45, 81.)*

Der erste in Schweden beobachtete Fall, der 1876 von Kreisphysicus *Thomson* in Kappeln (Schleswig) nach den an sich und in seiner Familie gesammelten Erfahrungen beschriebenen, tonischen Krämpfe in willkürlich beweglichen Muskeln, bildet zugleich den 33. der typischen Fälle dieser Affection, welche bisher in der Literatur beschrieben wurden und deren überwiegende Mehrzahl in Deutschland vorgekommen ist, wo namentlich auch die Militärärzte der Krankheit ihre Aufmerksamkeit zuwandten. Dem scandinavischen Norden gehören davon ausserdem mehrere von *Pontoppidan* in Kopenhagen beobachtete Fälle an. Der einen 18jährigen Studenten betreffende Stockholmer Fall schliesst die auf Grund des Vorkommens in der *Thomson*'schen Familie anfangs gehegte Anschauung, dass es sich überall um ein hereditäres Leiden handle, aus, indem keiner der Ascendenten und Geschwister daran gelitten. Unzweifelhaft ist die Erblichkeit allerdings nicht nur in der *Thomson*'schen Familie, sondern auch in einer der von *Pontoppidan* beschriebenen Familie, wo vier Geschwister, der Vater derselben und zwei Cousinen betroffen waren. Auch in einem Falle von *Bernhardt* handelt es sich um zahlreiche Erkrankungen in derselben Familie. Dagegen ist in dem Stockholmer Falle das Auftreten der Erscheinungen schon in den ersten Lebensjahren unbestritten, wie solches bei der Mehrzahl der Kranken (nach *Wising's* Zusammenstellung 18 unter 33 Fälle) mit Sicherheit erwiesen und bei den meisten der übrigen mit Wahrscheinlichkeit vorgenommen. Der dem Leiden von *Strümpell* beigelegte Namen Myotonia congenita, von welchem *Seeligmüller* das Adjectio congenita im Hinblick auf einzelne Fälle, in denen das Leiden erst nach den Pubertätsjahren „bemerkt“ wurde, passt für die Mehrzahl der Kranken. Das gleichzeitige Vorkommen von Psychopathien in den hereditär belasteten Familien, wie dies von *Thomson* angeführt wurde, scheint nur Ausnahme zu sein, und wenn bei einzelnen Patienten heftiger Schreck als Ursache angegeben ist, dürfte dies so zu deuten sein, dass die bereits vorher vorhandene Affection nur deutlicher hervorgetreten sei. *Wising's* Kranker hatte sein Leiden, so lange er denken konnte, und in seiner Familie existirte keine psychopathische Belastung überhaupt.

Bekanntlich besteht die wesentliche Erscheinung der *Thomson*'schen Krankheit darin, dass bei der beabsichtigten Bewegung eines Muskels dieser länger als normal im Contractions-

zustande verharrt (Intentionskrampf nach *Seeligmüller*), dass aber bei mehrfacher Wiederholung der Bewegung der tonische Krampf sich legt, wodurch es möglich wird, einzelne und combinirte Bewegungen in normaler Weise auszuführen. Von diesem typischen Bilde zeigte *Wising's* Kranker keine Abweichung; er konnte z. B. ganz wie ein Kranker *Strümpell's* tanzen, nachdem er schon vorher für sich einige Pas gemacht hatte. Die Myotonie erstreckte sich fast auf die gesammte Körpermusculatur und betraf vorzugsweise die Extremitäten und den Hals, aber auch die Gesichtsmuskeln (besonders hervortretend beim Oeffnen der Augen), die Zungen- und Kaumuskeln, dagegen waren Schlund- und Augenmuskeln nicht mitafficirt. Das Leiden war geringer bei fröhlicher Stimmung und wenn Patient etwas Wein getrunken hatte, dagegen schlimmer bei sehr warmer und drückender Witterung, besser bei kühler Temperatur. In letzterer Hinsicht bildet der Fall einen Gegensatz zu verschiedenen französischen und englischen Betrachtungen, in denen feuchtes kaltes Wetter eine Verschlimmerung hervorbrachte. Die von *Seeligmüller* zuerst hervorgehobene Muskelhypertrophie bei Myotonie war auch bei *Wising's* Kranken sehr ausgeprägt und über die ganze Musculatur verbreitet, besonders hervortretend an den Deltoides, Schenkel- und Wadenmuskeln. Nach *Wising* sind die myotonische Störung, die Muskelhypertrophie und das zuerst von *Erb* gefundene eigenthümliche Verhalten bei Muskelreizung für die Diagnose der uncomplicirten *Thomson*'schen Krankheit völlig ausreichend. In Bezug auf letzteres bestätigt *Wising* im Wesentlichen *Erb's* Angaben und erklärt als charakteristisch für die myotonische Reaction, dass bei mässiger und starker mechanischer, galvanischer oder faradischer Reizung der Muskeln die resultirende Contraction ein eigenthümliches Gepräge bietet, darin bestehend, dass dieselbe langsam vor sich geht, ohne schwach zu sein, und dass die Decontraction, auch wenn der Strom abgebrochen ist, äusserst langsam statthat. Diese eigentliche Form der Contraction bei summirter Reizung zeigt bestimmte Analogie mit dem Beginne der freiwilligen Bewegungen, und eine weitere Analogie ist auch darin gegeben, dass bei fortgesetzter faradischer oder mechanischer Reizung die langsamere Contraction und ihr Verharren weniger ausgesprochen ist. Mit der Degenerationsreaction theilt die myotonische Reaction die langsame Zusammenziehung bei directer galvanischer Reizung, dagegen fehlt der letzteren die Aufhebung oder Herabsetzung bei Nervenreizung oder bei faradischer Irritation der Muskeln. Obschon *Wising* das Leiden als ein stationäres, übrigens die Lebensdauer nicht beeinflussendes ansieht, hält er doch gymnastische Uebungen, die auch schon *Thomson* empfahl, für zweckmässig. Die Frage über das Wesen der Krankheit lässt *Wising* unentschieden, doch hält er den Muskel selbst am meisten afficirt, wobei es fraglich bleibe, ob primär oder secundär.

Th. Husemann.

630. ***Contribution à l'étude de la diphthérie*** *par* ***E. Roux et A. Yersin.*** *(Annales de l'Institut Pasteur. December 1888.)*

Verfasser haben in sämmtlichen 15 von ihnen untersuchten Fällen von Diphtherie den *Klebs-Löffler*'schen Bacillus gefunden und rein gezüchtet. In sehr rasch verlaufenden Fällen sieht man,



bei Färbung mit Methylenblau, dass die oberflächlichsten Partien der Pseudomembranen von einer Schichte dieser Bacillen — fast in Reincultur — gebildet ist. Sie sind von der vom Epithel entblössten Schleimhaut durch ein Fibrinnetz getrennt. Die mit den Reinculturen dieses Bacillus an Thieren erzielten Resultate sind folgende: Subcutane Injectionen tödten Tauben, Kaninchen und Meerschweinchen. Bei der Section findet man ausgedehntes Oedem an der Impfstelle, Ausdehnung der Gefässe, Drüsenschwellungen, fettige Degeneration der Leber bei Kaninchen, Pleuritis bei Meerschweinchen. Intravenöse Injection eines Cubikcentimeter seiner Reincultur tödtet, im Gegensatz zur Angabe *Löffler's*, Kaninchen binnen 60 Stunden. Bringt man die *Löffler*'schen Bacillen auf die lädirte Rachen-, Kehlkopf- oder Trachealschleimhaut, so entstehen die typischen Pseudomembranen und das charakteristische Bild der Diphtherie. Die Athembeschwerden, das Stenosengeräusch, die Drüsenschwellungen, zusammengenommen mit den Pseudomembranen, lassen keinen Zweifel über die Identität der erzeugten Krankheit mit der menschlichen Diphtherie. Die älteren Culturen sind weniger virulent. Im Blute und in den Organen der durch Einimpfung der Diphtheriebacillen gestorbenen Thiere finden sich keine Bacillen. Die Kaninchen und Tauben, die nach der Inoculation der Diphtheriebacillen am Leben bleiben, zeigen nach einigen Tagen Lähmungen der hinteren Extremitäten, die oft auch auf die vorderen übergehen und welche bei den Tauben häufiger, bei Kaninchen seltener in Heilung übergehen. Bei der Section der gelähmten Kaninchen findet man Congestion der Drüsen und der inneren Organe, fettige Degeneration der Leber, zuweilen auch eine verminderte Consistenz des Rückenmarks. Da die Diphtheriebacillen nur in den Pseudomembranen und an der Impfstelle, nicht aber in den inneren Organen wuchern, so lag der Gedanke nahe, dass es sich um eine allgemeine Intoxication mit einem von den Diphtheriebacillen erzeugten Gifte handle. In der That erzeugt die subcutane intraperitoneale oder intravenöse Injection der filtrirten, von den Bacillen befreiten Culturen dieselben Veränderungen, wie die Injection der Bacillen selbst. Aus dem Gesagten ergibt sich die praktisch wichtige Folgerung, dass die, zumal im Verlaufe mancher Infectionskrankheiten auftretende Angina nicht zu vernachlässigen, sondern sorgfältig mit Desinfectionsmitteln zu behandeln ist. *Schnirer*, Wien.

631. ***Die Opiumbehandlung bei Psychosen.*** *Von Dr. **Theodor Ziehen**. Aus der psychiatrischen Klinik zu Jena. (Therap. Monatsh. 1889. 2 u. 3. — Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1889. 6.)*

Verf. hat systematisch eine grosse Zahl der zur Aufnahme gelangenden acuten Formen der Manie, Melancholie und Paranoia mit Opium behandelt. Die Höhe der Einzeldosis schwankte zwischen 0·025 und 0·04 Gramm, die höchste Tagesdosis betrug 1·5 Gramm. Als Präparat wurde fast ausschliesslich Opium purum verwandt. Die behandelten Fälle betreffen 43 Melancholien, 4 typische Manien und 50 Paranoiaformen.

1. Melancholie. Unter den 43 Fällen, welche mit Opium behandelt wurden, befinden sich nur 8, in welchen trotz einer consequenten, methodischen Opiumbehandlung eine Heilung nicht



erzielt werden konnte. Dieser günstige Erfolg ist ausser dem Opium auch der Bettruhe und der angemessenen psychischen Behandlung zuzuschreiben. Jene Form der Melancholie, für welche das Missverhältniss der Wahnideen und Affecte charakteristisch ist, ist für Opiumbehandlung durchaus ungeeignet. Am schnellsten stellte sich der Erfolg bei denjenigen Formen ein, bei denen die typische angiospastische Pulscurve auftritt. Die Opiumbehandlung ist durchaus nicht auf die acuten Formen zu beschränken, sie wirkt gerade bei den prognostisch so bedenklichen senilen Melancholien vorzüglich. Die Melancholia hypochondriaca erwies sich für Opiumbehandlung meist ungeeignet. Bezüglich der Darreichungsweise des Opiums stimmt Verf. *Schüle* bei, dass das Opium vor Eintritt der eigentlichen Paroxysmen zu geben ist. Verf. hat meist das Opium purum per os der subcutanen Anwendung des Extr. Op. aquos., wie sie *v. Krafft-Ebing* empfahl, vorgezogen, da die Injection namentlich Kranke aus niederen Ständen in unvortheilhafter Weise aufregt und ängstigt. Nur wenn die Kranken der inneren Anwendung Widerstand leisteten, wurde das Extract gegeben. Der Wirkung auf die Psyche nach entspricht etwa 0·075 Extr. Op. aq. subcutan 0·1 Op. pur. innerlich. Die Kranken erhielten je nach ihrem Kräftezustand schon am ersten Tage dreimal 0·05 bis dreimal 0·1 Opium, alsdann wurde Tag für Tag die Dosis pro die um 0·05 gesteigert; bei raschem Ansteigen des Krankheitsprocesses, namentlich bei den agitirten Formen, muss täglich um 0·1 gestiegen werden. Bei den agitirten Formen ist dies Steigen fortzusetzen, bis die Angstaffecte nachlassen oder eine Dosis von 1·0 erreicht ist. Bei den passiven Formen ist es am zweckmässigsten, auf 0·5—0·6 pro die stehen zu bleiben. An der erreichten Tagesdosis ist nicht starr festzuhalten. Namentlich bei den agitirten Formen als den veränderlicheren gilt es, jede Schwankung des psychischen Befindens mit einer kleinen Schwankung der Dosis zu beantworten. Die Ernährung leidet unter der Opiumbehandlung bei Melancholie selten. Als wichtiges medicamentöses Unterstützungsmittel des Opiums wendet Verf. den Campher bei der Melancholia passiva und stupida in Dosen von 0·05—0·1 mehrmals täglich an. Verf. räth, eventuell vor einem bis zu Jahresdauer fortgesetzten Opiumgebrauch nicht zurückzuschrecken, selbstverständlich nur dann, wenn der Intellect noch keinerlei Defect aufweist.

2. Bei der typischen Manie erwies sich der längere Gebrauch von Opium in 4 Fällen durchaus unvortheilhaft. Der Manie gegenüber wirkt ausser den Bromsalzen namentlich Hyoscin in analoger Weise günstig, wie das Opium der Melancholie gegenüber. Nur im Reconvalescenzstadium der Manie erwiesen sich Opiate oft nützlich gegen die hier nicht seltene protrahirte Reizbarkeit und Weinerlichkeit.

3. Paranoia. *a)* Die nicht-hallucinatorische Form (Paranoia simplex) ist für eine methodische Opiumbehandlung ungeeignet; oft wirkt Opium hier sogar schädlich. Gegen intercurrente Affectanomalien, sowie gegen die nicht so seltenen neuralgischen Sensationen und Parästhesien (speciell in den Genitalgebieten) kann es vorübergehend mit gutem Erfolg symptomatisch gegeben werden; der letzteren Indication genügen Morphiuminjectionen besser.

b) Die hallucinatorische Form (Paranoia hallucinatoria) entsteht meist auf asthenischer Grundlage. Wo cerebrale Erschöpfung als wesentliches ätiologisches Moment für eine hallucinatorische acute oder subacute Paranoia nachgewiesen werden kann, ist Opium, und zwar in kleineren oder mittleren Dosen, zu geben, so lange und in dem Masse, als die cerebrale Erschöpfung mit Reizsymptomen (Hallucinationen) einhergeht. Man halte sich in der Regel auf einer Tagesdosis von 0·2—0·6 Opium pur. Die Verbindung mit Campher bei den passiven Formen ist auch hier zu empfehlen. Bei spinalen Erregungszuständen ist es zweckmässig, mit dem Opium Bromkalium zu verbinden (4·0—6·0—10·0 pro die). Auch beim Delirium tremens ist Opium (mittlere Dosen) als bestes Sedativum zu empfehlen. Für die Praxis ausserhalb der Anstalt ergibt sich das Folgende. Bis zur Ueberführung eines acut Psychisch-Erkrankten in eine Anstalt ist bei trauriger Verstimmung mit Angstaffecten ohne Hallucinationen (Melancholie) und ebenso jeder hallucinatorischen Erregung auf Grund erschöpfender Einflüsse (Paranoia halluc.) Opium zu geben. Bei heiterer Verstimmung ohne Hallucinationen (Manie) dürften bei der sorgfältigen Ueberwachung, welche die Hyoscin-Anwendung erfordert, hohe Bromsalzdosen sich einstweilen empfehlen. Bei dem Gros der übrigen Psychosen, für welche der Verlauf ein mehr chronischer ist, ist die Auswahl des speciellen Sedativums weniger wichtig.

632. ***Zur Frage der „physiologischen Albuminurie“.*** *Von Dr.* ***Hans Malfatti.*** *Aus d. Laborat. f. angew. med. Chemie an d. k. k. Univers. Innsbruck. (Internat. Centralbl. f. die Physiologie der Harn- und Sexualorgane. Bd. I. Hft. 2.)*

Verf. wendet sich gegen die Annahme, dass Eiweiss, und zwar Serumeiweiss ein ständiger Bestandtheil des Harnes beim gesunden Menschen sei. Indem er einerseits auf die Unwahrscheinlichkeit einer „physiologischen Albuminurie“ — in Bezugnahme auf das Missverhältniss zwischen den etwa gefundenen Eiweissmengen und der Grösse der absondernden Oberfläche und dem Reichthume des dort kreisenden Blutes an Eiweiss — hinweist, berichtet er andererseits über einen Fall, bei welchem im Harne eines gesunden Menschen Eiweiss zu entdecken nicht möglich war. In ganz besonderem Masse war dieser Fall bemerkenswerth durch den Umstand, dass der erwähnte Harn schon bei Anwendung der gewöhnlichen Eiweissproben solches erkennen liess, die *Heller*'sche Eiweissprobe jedoch zeigte der Harn niemals. Dabei war überdies ein auffallendes Missverhältniss in der Stärke der einzelnen Reactionen bemerkbar. Bei deutlichem Ausfall der Kochprobe, war die mit Essigsäure und Ferrocyankalium nur schwach oder auch umgekehrt. Durch Ausführung der Kochprobe und nachheriges Filtriren konnte der fragliche Eiweisskörper nicht stets entfernt werden, sondern er blieb im Filtrate noch durch Ferrocyankalium nachweisbar, besonders in allen Fällen dann, wenn Kochsalz oder Natriumacetat vor dem Kochen zugesetzt worden war. Durch Kochen unter Zusatz von Essigsäure konnte stets die Trübung nach Zusatz von Ferrocyankalium sehr deutlich vermehrt werden.

Wenn der Harn mit Essigsäure versetzt hingestellt und



dann filtrirt wurde, war die Trübung durch Essigsäure und Ferrocyankalium schwächer geworden und konnte durch wiederholtes Filtriren durch dasselbe Filter zuweilen vollständig zum Verschwinden gebracht werden; sicherer wurde Letzteres erreicht durch Zusatz von saurem phosphorsaurem Natron, und zwar oft schon nach dem ersten Filtriren. Nachdem die Harne so mit Mitteln behandelt waren, die zwar Mucin aber nicht Eiweiss zu fällen im Stande sind, wurde versucht, durch Fällen mit Tannin, Alkohol, durch Eindampfen mit Essigsäure, durch Ausführen der Kochprobe und Peptonisiren des Filters sammt Rückstand mit 3 pro Mille Salzsäure im zugeschmolzenen Rohr etwa noch vorhandenes Eiweiss in gesättigtere Lösung zu bringen und nachzuweisen. Dieses gelang nicht. Die zu den Versuchen verwendeten Mengen Harns betrugen 250—1500 Cubikcentimeter; waren die Harne vorher jedoch nicht mit Mononatriumphosphat versetzt worden, so konnte durch die erwähnten Verfahren das Eiweiss deutlich nachgewiesen werden. Verf. schliesst aus seinen Versuchen, dass in dem von ihm untersuchten Falle Eiweiss nicht oder nur in äusserst geringer Menge (1 : 2—4 Millionen) vorhanden gewesen sei. Was den, die Eiweissreactionen gebenden Körper betrifft, so entscheidet er sich bei der Wahl zwischen einem „besonderen Eiweisskörper", dessen Eigenschaften aus den erwähnten Reactionen ersichtlich wären, und dem Mucin für das Letztere, indem er aus den Eigenschaften dieses Körpers die Reactionen erklären zu können glaubt. Besonderes Gewicht legt er darauf, dass das Mucin nicht als das „typische Mucin" *Hammarsten's* vorliegt, sondern in jener nativen Form, in welcher seine Zersetzlichkeit in typisches Mucin und peptonähnliche Substanz eine sehr grosse ist. Demgemäss glaubt Verf. das vielleicht recht häufige Vorkommen von Eiweiss im Harn bei gesunden Menschen auf eine Erkrankung ohne bedeutendere Erscheinungen, nicht aber auf einen physiologischen Zustand zurückführen zu sollen.

O. R.

633. ***Beitrag zum Studium der Hemiatrophie der Zunge.*** *Von **Koch** u. **Marèe**. (Rev. de méd. 1888. 1. — Centralbl. für Nervenheilk. 14.)*

35jähriger Tabiker, 8 Jahre nach Beginn der Krankheit, bot neben den gewöhnlichen Symptomen Muskelatrophie besonders des linken Armes und eine Atrophie der rechten Zungenhälfte. Sprechen und Schlucken sind nicht gestört, die Zungenspitze zittert beiderseits, die rückwärts gelegenen Theile der Zunge aber nicht; der Geschmack ist normal; nur wird Chinin rechts weniger gut empfunden als links, partielle Lähmung des rechten Oculomotorius, dabei peinigender laryngealer Husten, Gehör rechts stark abgeschwächt; Tod in einer Laryngealkrise. Die Section ergab neben anderen tabischen Veränderungen Umwandlung der rechten Zungenhälfte in Fettgewebe, complete Degeneration des rechten Hypoglossus, starke Atrophie des rechten Hypoglossuskerns und Degeneration der Wurzelfasern des Hypoglossus. Verf. referirt über 6 Fälle von Hemiatrophie der Zunge bei Tabes, zwei bei allgemeiner Paralyse, einen nach Scharlach, in sechs anderen Fällen war viermal Syphilis vorhanden. Das klinische Bild ist folgendes: Die atrophirte Seite ist schlaff,

weich, von Furchen durchzogen, zwischen die Finger genommen, bleibt sie auch weich; die Zunge bewegt sich frei nach allen Richtungen, nur kann sie keine Rinne bilden, die Spitze weicht immer nach der atrophischen Seite ab. Sensibilität, Sprechen, Kauen, Schlucken normal; meist ist gleichzeitig Lähmung des gleichseitigen Gaumensegels und Stimmbandes vorhanden, was Verf. zur Annahme einer directen Verbindung der betreffenden Centren führt. Facialislähmung fehlte immer, Stimmband- und Gaumensegellähmung sprechen für bulbären Ursprung.

634. ***Ueber das Verhältniss der Eiweissausscheidung zur Eiweissaufnahme bei Nephritis.*** *Von Dr. **E. Sehrwald** in Jena. Aus dem Laboratorium der med. Klinik des Herrn Prof. Rossbach in Jena. (Münchn. med. Wochenschr. 1888. 48 u. 49. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 22.)*

Bei der grossen Bedeutung, die gerade in neuerer Zeit die diätetische Behandlung der Nephritis gewonnen hat, bei den widersprechenden Resultaten, zu denen die einzelnen Beobachter über den Einfluss der Eiweissaufnahme auf die Eiweissausscheidung gelangt sind, bei der Ungenauigkeit, mit welcher derartige Untersuchungen vielfach nur unter einseitiger Berücksichtigung der Eiweissmenge im Harn angestellt wurden, verdienen einige Versuche des Verf., die nach dieser Richtung in exactester Weise durchgeführt wurden, gewürdigt zu werden, da bei denselben neben dem Eiweisse auch noch der Harnstoff- und Phosphorsäuremenge Aufmerksamkeit gewidmet und dadurch ein Vergleich gewonnen wurde zwischen dem Eiweissverlust im Körper durch Eiweisszersetzung und dem Eiweissverlust durch die Albuminurie. An den Versuchstagen erhielten die Pat. früh um 9 Uhr zwei Beefsteaks und eine Semmel, während des übrigen Tages nur noch Wasser und Kaffee; der Urin wurde, wo möglich, stündlich gesondert aufgefangen, oder doch möglichst häufig entleert, die Zeit der Entleerung genau notirt und dann die Menge, das specifische Gewicht, der Eiweissgehalt, der Procentgehalt und die Gewichtsmenge der Phosphorsäure und des Harnstoffes bestimmt. Die gefundenen Zahlen sind in übersichtlicher Weise in Curven zusammengestellt.

Verf. fasst das Ergebniss seiner Versuche in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Wasserausscheidung durch die Niere ist in weiten Grenzen unabhängig von der Wasseraufnahme und somit von ganz anderen Momenten, als von dieser bedingt. 2. Je stärker das Glomerulusepithel secretorisch noch arbeiten muss, um so durchlässiger wird es für Eiweiss, umsomehr nähert es sich also in seinem Verhalten gegen das Eiweiss dem einer todten Membran. 3. Noch nachtheiliger als starke Arbeit wirkt schlechte Ernährung auf das Epithel. Ungenügende Eiweisszufuhr steigert daher die Albuminurie. 4. Die Eiweissausscheidung läuft völlig parallel der des Wassers und der Salze, ist aber unabhängig von der des Harnstoffes. 5. Die Temperatur wirkt insofern steigernd auf den Eiweissverlust ein, als sie den Stoffwechsel erhöht. 6. Bei reiner Glomerulonephritis muss sich bei gleichbleibender Harnstoffausscheidung der Harnstoffgehalt des Blutes auf einen höheren Werth einstellen. 7. Als Diät bei blosser Erkrankung der Glomeruli empfiehlt sich mässige Eiweisszufuhr neben reich-



lichen Kohlehydraten und Fetten. Bei Erkrankung der Stäbchenepithelien möglichste Verminderung von eiweisshaltiger Nahrung. 8. Als Klima würde ein solches mit trockener, warmer Luft und möglichst geringen und seltenen Temperaturschwankungen den Vorzug verdienen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

635. ***Beitrag zur Therapie des Asthmas.*** *Von Dr.* ***Zipp*** *in Freiburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 20.)*

Unter den vielen empirisch angewandten Mitteln gegen Asthma empfiehlt es sich nach *Zipp*, da, wo eine nasale Ursache und Behandlung in Frage kommt, die Erweiterung des Nasenganges auszuführen. Zwei Beispiele erläutern diese Ansicht. Eine junge durch Nasenoperationen vom Asthma zeitweise befreite Dame, litt von Neuem in verstärktem Masse. Die Nasenscheidewand ist nach der einen Seite stark gebogen, so dass die Schleimhäute dieser und der unteren Muschel sich berühren. Es wurden *Hegar's* Bougies von 3—5 Mm., später bis 7 Mm. eingeführt, 3 Minuten liegen gelassen und die Beschwerden wichen. Eine ganz gesunde junge, seit einiger Zeit an Schnupf- und Bronchialcatarrh leidende Frau, zeigt einen Nasengang durch Verbiegung des Septums und Schwellung der gesammten Schleimhaut in der Höhe der unteren Muschel verschlossen. Während eines Anfalles wurde in die verengerte Stelle ein Bougie von 4 Mm. eingeschoben, nach einer Minute war der Schmerz leichter, 5 Minuten blieb der Stift stecken und die Anfälle kamen nur, aber leichter wieder, wenn die Erweiterung versäumt wurde. Also da, wo bei bestehender knöcherner Nasenenge die überkleidenden gegenüberliegenden Schleimhäute durch Schwellung bis zur Berührung zusammentreten, und Asthma entsteht, wenn die ganze übrige Nase luftdurchgängig ist, kann der Anfall coupirt werden. Es muss ein Erweiterungsstift eingeführt und dadurch eine Compression der Schleimhäute hervorgebracht werden. Der kleine ohne Assistenz oder Narcose leicht in allen Fällen ausführbare Eingriff verdient volle Berücksichtigung. *Hausmann*, Meran.

636. ***Ueber die physiologische Wirkung des Strophantin.*** *Von Dr.* ***J. Popper,*** *Wien. Aus dem Laboratorium von Prof. v. Basch. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1888. 22.)*

Eine Reihe von Versuchen, an curarisirten Hunden angestellt, in denen die Wirkung des Strophantin (*Merk*'sches Präparat) mit Bezug auf den arteriellen Blutdruck, den Venendruck, den Druck in der Art. pulmonalis und mit Bezug auf das Verhalten des Herzens gegen seine Nerven geprüft wurde, führte zu folgenden Resultaten: 1. Uebereinstimmend mit früheren Versuchen ergab sich, dass der Arteriendruck steigt. Dieses Steigen ist zumeist auf eine Aenderung der Herzarbeit zu beziehen, denn: 2. es tritt auch ein, wenn man vor der Intoxication die beiden Nn. splanchnici durchschneidet oder das Halsmark in der Höhe des ersten Halswirbels durchtrennt. 3. Gegen vasoconstrictorische



Vorgänge spricht auch das Verhalten des freigelegten Darms. Wie die Inspection desselben lehrt, wird derselbe zur Zeit der Drucksteigerung nicht blässer, sondern eher röther. 4. In Uebereinstimmung hiermit steht auch das Verhalten des Venendrucks. Dieser erfährt, während der arterielle Druck sich wesentlich hebt, entweder eine sehr unbedeutende Steigerung oder er bleibt unverändert oder er sinkt sogar. 5. Der Druck in der Art. pulmonalis steigt unverhältnissmässig weniger, als der Druck in der Aorta. Das Verhältniss zwischen Aortendruck und dem Druck in der Art. pulmonalis ändert sich demnach wesentlich zu Gunsten des ersteren. 6. Die Reizbarkeit der Hemmungsfasern im Vagus erlischt im Verlaufe der Intoxication. Reizung des Vagus ruft also in einem gewissen Stadium der Intoxication keine Pulsverlangsamung hervor. Dafür tritt ein deutliches Sinken des arteriellen Blutdrucks ein. 7. Die Reizbarkeit der Nn. accelerantes bleibt während der Intoxication intact. (Die ausführliche Publication der betreffenden Versuche ist nunmehr in der Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVI, H. 1 u. 2, erschienen.) —r.

637. ***Ergebnisse der Suspensionsbehandlung bei Tabes dorsalis und anderen chronischen Nervenkrankheiten.*** *Von Prof.* ***Eulenburg*** *und Prof.* ***Mendel*** *in Berlin. Aus der Nervenpoliklinik. (Neurolog. Centralbl. 1889. 11.)*

Die Verf. haben die jüngst wieder von *Charcot* empfohlene Behandlung der Tabes dorsalis durch Suspension an dem reichhaltigen Krankenmateriale der Nervenpoliklinik geprüft und schildern in der vorliegenden Publication die Resultate einer mehr als 3monatlichen Beobachtungsperiode. Es wurden 40 poliklinische Fälle (31 Männer, 9 Frauen) mit 975 Suspensionen behandelt. Diese wurden in der Regel bei denselben Patienten nur 3mal wöchentlich vorgenommen. Doch bei Gewöhnung in geeigneten Fällen werden sie sogar täglich ohne Nachtheile ertragen. Es wurde meist mit Suspensionsdauer von 1 Minute — bei empfindlichen Individuen noch kürzer ($^1/_2$—$^3/_4$ Minute) begonnen, und um je $^1/_2$ Minute steigend bis zu 3 Minuten, in einzelnen Fällen bis zu 4 Minuten fortgeschritten. Unter den behandelten 40 Patienten befanden sich 34 mit Tabes dorsalis (29 Männer, 5 Frauen); 1 mit disseminirter Sclerose (Frau); 1 mit chronischer Myelitis (Mann); 1 mit traumatischer Neurose (Mann); 3 mit Paralysis agitans (Frauen). In dem Falle von disseminirter Sclerose, der eine 43jährige Frau betraf, war das bisherige Resultat — nach 16 Suspensionen — nicht ungünstig; Schlaf und Allgemeinbefinden waren erheblich besser, die Parästhesien in den Beinen hatten nachgelassen; sogar eine Abnahme der Augenmuskelaffectionen (Paresen beider Oculomotorii und des rechten Abducens) war unverkennbar. In den Fällen von chronischer Myelitis und von traumatischer Neurose trat dagegen kein Erfolg ein und wurde bald zu anderweitigen Behandlungsweisen übergegangen. Unter den 3 Patientinnen mit Paralysis agitans verschwand die eine schon nach 2 Suspensionen aus der Behandlung; bei der zweiten war, nach 12 Suspensionen, gar keine Veränderung zu bemerken. Das Hauptinteresse concentrirte sich auf die bei Tabes dorsalis erzielten Resultate. Fast aus-

schliesslich wurden alte und zum Theil sehr alte und schwere Tabesfälle, und nur solche, die schon längere Zeit vorher mit den gebräuchlichen anderweitigen Curmitteln, namentlich Elektricität, behandelt worden waren, der Suspensionsmethode unterzogen. — Von den 34 in Behandlung genommenen Tabeskranken entzogen sich 5 spontan der weiteren Anwendung der Suspension; 6 wurden als ungebessert entlassen, resp. wieder in elektrische Behandlung übernommen; 2 wurden als gebessert entlassen, von denen der eine, ein Maurer, nach 39 Suspensionen seine Arbeit wieder aufnehmen wollte und seitdem nicht wieder gesehen worden ist — der andere, ein nur zeitweise in der Poliklinik behandelter Privatkranker mit Tabes cervicalis, nach 60 Suspensionen in seine Heimat zurückkehrte. Noch in gegenwärtiger Behandlung verblieben demnach 21 Fälle; von diesen können 4 oder 5 als erheblich gebessert, 11 oder 12 als einigermassen gebessert bezeichnet werden, wogegen 5 bisher als fast ganz unverändert erschienen. Die Besserung hatte stets nur einen symptomatischen Charakter und vertheilte sich in sehr ungleicher Weise auf eine Gruppe mehr oder weniger hervorstechender und selbst cardinaler Symptome der Tabes dorsalis, wogegen einzelne gewissermassen pathognomische Erscheinungen (*Westphal*'sches Zeichen; Myosis und reflectorische Pupillenstarre) bisher keinerlei Beeinflussung durch die Suspension auch bei noch so anhaltendem Fortgebrauche derselben wahrnehmen liessen. Am häufigsten zeigten sich Schlaf und Allgemeinbefinden in günstigem Sinne beeinflusst (unter 34 Fällen wenigstens 16mal). Demnächst folgen das *Romberg*'sche Symptom (entschieden gebessert 14mal) und (ebenfalls mit 14mal) auch die Blasenstörungen, übrigens wurde auch in einem Falle seitens des Kranken eine Verschlimmerung der Blasenbeschwerden (Incontinenz) während der Suspensionsbehandlung behauptet. Eine erhebliche Besserung der neuralgischen Symptome, besonders der lancinirenden Schmerzen, erfolgte in 10 Fällen; eine solche der Motilität, speciell der Locomotion, in 9 Fällen; der Parästhesien in 5 Fällen; der Hypästhesien und Anästhesien in 3 Fällen, worunter zweimal eine entschiedene Aufbesserung der verlangsamten Sensibilitätsleitung von den Unterextremitäten aus constatirt wurde. Besserung der Potenz wurde in 3 Fällen (unter 29 männlichen Tabeskranken) behauptet. Von selteneren Symptomen sind noch die gastralgischen Anfälle hervorzuheben, deren Verschwinden in einem Falle angegeben wurde, sowie Verschwinden der Kopfschmerzen in mehreren Fällen (einmal sollten dieselben dagegen erst während der Suspensionsbehandlung entstanden sein); endlich die in einem Falle behauptete Besserung der Amblyopie (bei bestehender Atrophia nervi optici)! In mehreren Fällen konnte nach jedem durch die Umstände gebotenen Aussetzen der Suspension ein Verschwinden der scheinbar erzielten symptomatischen Erfolge beobachtet werden. Bezüglich der tabellarischen Zusammenstellung der behandelten Fälle siehe das Original. Ohne ein abschliessendes Urtheil über den Werth der Methode bei chronischen Nervenkrankheiten und bei Tabes geben zu wollen, möchten die Verf. sich wohl schon jetzt mit einiger Sicherheit dahin aussprechen, dass die Methode weder als ganz werthlos zu betrachten ist, noch auch andererseits geeignet ist,



weitgehende Erwartungen nachhaltig zu befriedigen. „Sie mag speciell in der „Therapie“ (sit venia verbo!) der Tabes dorsalis vielleicht ihren Platz neben anderen üblichen Heilverfahren, den Thermal- und Soolbädern, der Hydrotherapie, Elektrotherapie etc. behaupten; einen durchgreifenden Vorzug vor diesen Methoden wird man ihr schwerlich zu vindiciren in der Lage sein.“

—r.

638. ***Ueberosmiumsäure bei Ischias.*** *Von Dr.* ***Stekoulis*** *in Constantinopel. (The Lancet. 1887. 13. 8. — Deutsch. Med.-Zeitg. 1889. 42.)*

Verf. hat in schweren Fällen von Ischias rheumatischen Ursprunges die Ueberosmiumsäure mit bestem Erfolg angewendet. Bei allen 10 Fällen wurde die Injection mit einer 1procentigen Lösung — wegen leichter Zersetzlickkeit im dunklen Glase aufbewahrt — ausgeführt. Die erste Einspritzung (1 Gramm der Lösung) wurde in der Glutäalgegend nahe dem Nerven und in die Tiefe applicirt, der dann noch ungefähr ein Dutzend längs des Verlaufes der Nerven folgten. Der durch die Injection verursachte Schmerz ist wohl etwas heftig und brennend, dauert aber nur 1—2 Minuten an. In der ersten Zeit wurden die Einspritzungen täglich, später alle 3—4 Tage vorgenommen. Die Nadel darf nie in eine bereits benutzte Stelle eingestochen werden. Von 10 Beobachtungen wurden 8 gänzlich, einer theilweise und einer gar nicht gebessert. Schlimme Nachwirkungen, bis auf eine geringe Empfindlichkeit an der Einspritzungsstelle während 1—2 Tage, kamen niemals vor.

639. ***Ueber Acetanilidbehandlung des Abdominaltyphus.*** *Von* ***H. Haas.*** *(Prager med. Wochenschr. 1888. 34—37. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 19.)*

Auf Grund sehr zahlreicher Beobachtungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Wirkungen des Antifebrin auf die Fiebertemperatur beim Abtominaltyphus und auf die mit ihr verknüpften Nervenstörungen sind ausserordentlich sicher, einfach erreichbar und unschädlich. Sehr zu schätzen ist der günstige Einfluss, den das Mittel auf die Ernährung des kranken Organismus nimmt; es macht keine Verdauungsstörungen, wird ohne Widerstreben genommen und belebt energisch das Nahrungsbedürfniss. Die lästigen Nebenwirkungen sind mehr eine Folge unvorsichtig gereichter grosser Dosen. Zur Bekämpfung hyperpyretischer Temperaturen sind grössere Dosen angezeigt, zumeist genügt aber auch für solche Fälle die successive Darreichung einer zweigrammigen Tinctur. Zweigrammige Dosen mehrere Tage hindurch zu verabreichen, hält Verf. für zwecklos, einmal weil dieselben nicht viel mehr, als eingrammige Dosen, leisten, andererseits bringen sie leicht Collapsschüttelfröste hervor. Manche Individuen sind überhaupt sehr empfindlich, selbst gegenüber einmaligen grösseren Dosen. Nach Verf. beginne man stets mit eingrammigen Tagesdosen, und zwar so früh als möglich, lasse die ganze Dosis bei Tage innerhalb 10 Stunden nehmen und sistire des Nachts die Medication. Je grösser unter dieser Behandlung die Differenz der Morgen- und Abendtemperaturen wird, desto vorsichtiger schränke man die Dosis ein. Frostschauer mit nachfolgendem Schweisse mahnen

zur Vorsicht. Dem rasch wachsenden Nahrungsbedürfniss werde zweckmässig entsprochen.

Nach Verf.'s Meinung steht die Antifebrinbehandlung in ihrer charakteristischen Wirkung der Kaltwasserbehandlung am nächsten, sie ist aber viel leichter durchführbar. — Als Contraindicationen sind: Darmblutung, Perforation, Lungencomplicationen zu betrachten, während Collaps und Herzschwäche die Antifebrindarreichung nicht unbedingt verbieten.

640. ***Absichtliche Vergiftungen beim Menschen mittelst Kali chloricum.*** *Von* ***B. Schuchardt.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1888. 41. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 21.)*

Die bisher erfolgten Vergiftungsfälle durch chlorsaures Kali waren zufällige, entweder durch Einnahme zu grosser Dosen oder durch Verwechslung mit abführenden Salzen zu Stande gekommen. Unter den drei von *Schuchardt* berichteten Fällen war bei zweien das genannte Salz zum Zwecke des Selbstmordes genommen worden; der erste Fall ist den Charité-Annalen 1887 entnommen, der zweite entstammt der Praxis vom Kreisphysikus Dr. *Sabarth* in Lötzen. In diesem Falle hatte der Selbstmörder Nachmittags ungefähr 80—90 Gramm genommen, worauf bald reichliches Erbrechen eintrat, sowie breiiger Stuhlgang. Als sich Patient bald darauf zu Bett legte, begann eine rasch zunehmende Blaufärbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Gegen Abend traten so heftige Leibschmerzen ein, dass eine Morphiuminjection nöthig wurde. In der Nacht sollen nur ein paar Tropfen sehr dunkeln, fast schwarzen Urins entleert worden sein; die Harnausscheidung stockte dann aber völlig bis zu dem 26 Stunden nach der Einnahme bei vollem Bewusstsein erfolgten Tode. In dem dritten Falle absichtlicher Kali chloricum-Vergiftung handelte es sich um einen Versuch zur Fruchtabtreibung bei einem im 5. Monat schwangeren Mädchen; es scheint bei diesem zu Grenoble vor den Assisen verhandelten Falle eine Verwechslung mit Kaliumsulfat vorgekommen zu sein, denn letzteres Salz wird in Frankreich und England ausser bei Puerperalzuständen auch zum Abortus benutzt, während das chlorsaure Kali niemals im Rufe eines Abortivums gestanden hat; im Gegentheil hatten es *Simpson* u. A. gegen habituellen Abortus empfohlen. Chemisch wurde chlorsaures Kali in den Ausleerungen und spurenweise in den Nieren der Vergifteten nachgewiesen, welche vermuthlich 8—12 Stunden nach der Einnahme des Salzes gestorben war. *Schuchardt* empfiehlt den Handverkauf von Kali chloricum strengstens zu verbieten; aber auch die Aerzte sollen das chlorsaure Kali nur in der entsprechenden Lösung verschreiben und dieselbe in der Apotheke anfertigen lassen, nicht das Auflösen des Mittels dem Patienten oder den Angehörigen desselben überlassen.

641. ***Ueber den Einfluss des Saccharins auf die Verdauung.*** *Von* ***P. C. Plugge.*** *(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde. 1888. 25. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 21.)*

Die Uebereinstimmung in der chemischen Structur von Saccharin und Salicylsäure veranlasste *Plugge* zu diesen Untersuchungen, welche die folgenden Resultate ergeben haben: 1. Die Ptyalin-

verdauung von Stärkelösungen zeigte, dass ohne Saccharinzusatz nach 3 Minuten Zucker nachweisbar war und die völlige Verdauung 24 Stunden erforderte; mit 1 : 10.000 Saccharin (0·01%) nach 1 Stunde Zuckerreaction, nach 30 Stunden völliger Umsatz; mit 1 : 5000 Saccharin (0·02%) erst nach 96 Stunden Zuckerreaction; mit 0·03% Saccharin war nach 6 Tagen noch keine Reaction nachweisbar. 2. Die Eiweissverdauung mit Magensaft wird ebenso, aber nicht so stark verzögert. Ohne Saccharin wurde ein Stückchen Eiweiss nach 16 Stunden aufgelöst; mit 1 : 2000—1000 Saccharin (0·05—0·1%) nach 23 Stunden, mit 1 : 500 Saccharin in 52 Stunden, mit 1 : 125 Saccharin in 13 Tagen. 3. Die Eiweissverdauung mit Pancreassaft wird viel weniger von Saccharin beeinflusst. 4. Die Verdauung von Amylacea mit Pancreassaft wird gar nicht verzögert, wenn, wie *Salkowski* schon bemerkt hat, nur neutralisirtes Saccharin gebraucht wird. *Plugge* möchte also davon abrathen, Saccharin als völlig unschädliches Präparat sich vorzustellen. Bei geschwächter Verdauung und dabei Diabetes mellitus soll man jeden Stoff vermeiden, der die Digestion beeinträchtigt.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

642. ***The formation of epicystic surgical fistula for the Relief of vesical catarrh in two cases.*** *By Dr. John D. S. Davis of Birmingham. (Virginia Medical monthly. April 1889.)*

Der Autor theilt zwei bemerkenswerthe schwere complicirte Fälle von chronischem Blasencatarrh mit, in welchen ihm die Anlegung einer permanenten chirurgischen Blasenfistel oberhalb der Symphyse eine vollständige und rasche Heilung brachte. Der erste Fall betraf einen kräftigen Amerikaner, der bereits seit 5 Jahren bedeutende Schmerzen im Rectum hatte, über beschwerliche Defäcation klagte, an Priapismus litt, der Urin musste jede 15—20 Minuten mit einem weichen Catheter entleert werden und zeigte untrügliche Zeichen eines bestehenden Blasencatarrhs. Die genauere Untersuchung ergab: Prostatico vesical catarrh hypertrophy of prostate, chronic vesical catarrh. Epicystotomie wurde am 8. Februar 1888 gemacht, mit der Absicht, eine Fistel anzulegen, um eine constante und complete Drainage der Blase zu ermöglichen. Nach 40 Tagen wurde der Kranke an der Jefferson country medical Society geheilt vorgestellt. Der Urin zeigte nur noch Spuren von Schleim; der Urin kann 4 bis $5^1/_2$ Stunden zurückgehalten werden und die Blase kann 14 bis 15 Uncen fassen. Priapismus hat sich verloren, um normalen sexuellen Empfindungen Platz zu machen. Der zweite Fall betraf einen 44jähr. Amerikaner mit Chronic vesical catarrh abscess in Trigonum Lieutaudi. Die Cystitis bestand schon seit 22 Jahren. Im Jahre 1869 traten die ersten Harnbeschwerden auf nach einer Gonorrhöe, die im Jahre 1867 aquirirt wurde. Der Patient wurde fast continuirlich von den verschiedensten Aerzten und mit den verschiedensten Mitteln behandelt, doch resultatlos. Die Epicystotomie wurde zu dem, wie schon oben erwähnten Zwecke



am 13. Februar 1889 vollführt. Die Blasenwand zeigte sich verdickt; die Capacität betrug 2—3 Uncen, im Trigonum ein Abscess etc. Nach 20 Tagen betrug die Capacität 10 Uncen, keine Schmerzen, kein Fieber, keine Urinbeschwerden. Geheilt vorgestellt. Der Autor glaubt, dass diese Art Drainage die zuverlässigste sei und dass die epicystische Fistel eine grosse Zukunft in der Behandlung der Blasenkrankheiten hat.

Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

643. ***Die Radicalbehandlung der Prostata-Hypertrophie und Prostata-Tumoren durch Elektrolyse.*** *Von L. Casper. (Therapeut. Monatshefte. 1888. 9.)*

Casper hat, nachdem er sich durch Vorversuche an Kaninchen und Hunden von der Unschädlichkeit des Verfahrens überzeugt hatte, 4 Männer mit Prostata-Hypertrophie, chronischer Cystitis, Insufficienz der Blase und Retentio urinae elektrolytisch behandelt, von denen zwei bedeutende, einer geringe Besserung erfuhr, während der vierte Fall ungeheilt blieb, dagegen (durch Schadhaftwerden des Firnissüberzuges der Nadel) eine Blasen-Mastdarmfistel erfuhr. *Casper* setzt die positive, 400 Qcm. grosse Elektrode auf den Leib. Die mit dem negativen Pol verbundene Nadel wird unter Leitung des gut beölten Fingers (nach Ausspülung des Darmes mit 0·1% Sublimatlösung) bis zu demjenigen Punkt, in den man einstechen will, den man sich mit dem Finger fixirt hat, eingeführt und dort eingestochen. Man lässt jetzt bei einer Stromstärke von 10—25 Milliampère den Strom 5 Minuten durch die Drüse gehen und wiederholt dies 2mal je 5 Minuten, nachdem man jedesmal der Nadel, ohne sie ganz herauszuziehen, innerhalb der Drüse eine andere Richtung gegeben hat. Die Beschwerden sind gering, zugleich wird bei Blaseninsufficienz catheterisirt, bei Blasencatarrh ausgespült und innerlich Bor, Salol etc. gegeben, bei schmerzhaften Exacerbationen werden heisse Sitzbäder und Narcotica angewandt. Es sind 20 und mehr elektrolytische Sitzungen nothwendig. *Rich. Kohn.*

644. ***Ueber die Gasaufblähung des Magens als diagnostisches Hilfsmittel.*** *Von Dr. Angerer in München. Vortrag am Congress Deutscher Chirurgen zu Berlin 1889. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 41.)*

Auf Grund eingehender Versuche an Lebenden und an Leichen glaubt Vortragender die Gasaufblähung des Magens als ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel empfehlen zu müssen. Wenn man den gesunden Magen durch Verabreichung von doppelkohlensaurem Natron und Weinsäure mit Gas füllt, so erkennt man sofort deutlich die Contouren des Magens, während der Pylorus sich nach rechts und unten vorschiebt. Alsdann ist man einerseits in der Lage, das etwaige Vorhandensein einer Magengeschwulst sowie ihren genauen Sitz festzustellen, andererseits aus dem Verhalten des Pylorus zu erschliessen, ob, was für die Indication der Operation von Wichtigkeit ist, die Geschwulst mit dem Pancreas verwachsen ist oder nicht, da im ersteren Falle der Pylorus sich nicht in der angegebenen Weise verschiebt, sondern entweder an seiner normalen Stelle stehen bleibt, resp. eher nach links, statt nach rechts sich verschiebt. Nur

wenn der Pylorus sich verschiebt, kann von der typischen Resection desselben ein Erfolg erwartet werden, während im entgegengesetzten Falle die Anlegung einer Magen-Dünndarmfistel geboten ist. Dass das in der Magenaufblähung gebotene diagnostische Hilfsmittel des Weiteren auch dazu beiträgt, die Diagnose rechtzeitig zu stellen und zu der möglichst frühzeitigen Vornahme der Operation führen wird, muss selbstverständlich auf die besseren Erfolge der Pylorusresectionen und Gastro-Enterostomien, welche in Folge der bisher meistentheils zu späten Vornahme der qu. Operationen immer noch recht ungünstige waren, von wesentlichem Einfluss sein. Vortragender selbst hat 16 Operationen wegen Magencarcinom gemacht, dabei sechsmal die typische Pylorusresection. Drei der betreffenden Patienten starben einige Tage nach der Operation, zwei nach Verlauf von 2 Wochen, während eine der Patientin (seit länger als 2 Jahren) gegenwärtig noch lebt. Von sechs Gastro-Enterostomirten starben drei in der ersten Woche, zwei nach 8, resp. 20 Tagen, während ein Patient noch (jetzt mehrere Monate nach der Operation) lebt und seinem Berufe als Maurer nachgeht; allerdings hat er mitunter Coliken. Die anderen vier Fälle betrafen Probeincisionen. Starrwandige Infiltration der Magenwandung sieht *Angerer* als Contraindication der Operation an.

645. ***Beiträge zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta.*** *Von **Zinsstag** in Basel. (Archiv f. Gyn. Bd. 34. Heft II.)*

Verf. bespricht kritisch an der Hand des Materials aus der *Fehling*'schen Frauenklinik den Mechanismus der Placentalösung. Vor Allem stellte sich Verf. die Frage auf, ob der *Duncan*'sche oder der *Schultze*'sche Mechanismus der häufigere ist. Es wurde bei 160 Geburten der Zug an der Nabelschnur durch sofortige Durchtrennung derselben bei der Geburt des Kindes ausgeschaltet und streng abwartend verfahren. Ausser dieser Frage wurde vom Verf. die Grösse der Blutverluste, wie oft sie zum Eingreifen zwangen, die Vollständigkeit der Eihäute und deren Einfluss auf das Wochenbett berücksichtigt. Verf. kam nun zu dem Resultate, dass das abwartende Verfahren gegenüber dem *Credé*'schen Verfahren den grossen Nachtheil hat, dass es die Parturientes bedeutend grösseren Blutverlusten in der Nachgeburtszeit aussetzt. Der *Schultze*'sche Mechanismus ist nicht der physiologische Lösungs- und Austrittsmodus der Placenta. Er wird durch absichtlichen oder unabsichtlichen Zug am Nabelstrange künstlich erzeugt. Der *Duncan*'sche Mechanismus ist bei Vermeidung des Nabelstranges bei der Geburt des Kindes der häufigere und den natürlichen Verhältnissen mehr entsprechend. Verf. bemerkt, dass er keineswegs stets für eine sofortige Durchschneidung der Nabelschnur bei normalen Geburten ist. Das retroplacentare Hämatom, welches nach *Ahlfeld* nothwendig zur Lösung von Placenta und Eihäuten sein soll, ist überflüssig.

Das *Credé*'sche Verfahren ist lediglich das schonendste für die Behandlung der Nachgeburtszeit! Durch die Arbeit des Verf. hat die in letzter Zeit perhorrescirte *Credé*'sche Methode wieder einen starken Verfechter gefunden. Es scheint uns, dass die Arbeit *Zinsstag's* den augen-



blicklich ruhenden Kampf über die beste Nachgeburtsbehandlung von Neuem anfachen wird. *v. Swiecicki.*

646. ***Renaler Tenesmus.*** *Von Dr.* ***N. Bozemann.*** *(Med. Record. 1888. August. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889. 6.)*

Unter diesem Namen wird ein eigenartiges Krankheitsbild aufgestellt, welches sich durch die nachfolgenden Erscheinungen charakterisirt: Ziehende Schmerzen in einer oder der anderen Nierengegend, dieselben sind besonders intensiv zur Zeit der Menstruation, zumal des Nachts. Heftiger Harndrang, durch welchen die Kranke selbst aus dem Schlafe geweckt wird, nach Entleerung der Blase stellen sich mit immer steigender Heftigkeit die Schmerzparoxysmen ein. Sind letztere besonders intensiv, so kommt es zu Erscheinungen der Magenreizung. Die Niere der betreffenden Seite und deren Umgebung zeigt sich gegen Abtastung sehr empfindlich. In Folge dieser localen Erscheinungen wird das gesammte Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen; verschiedenartige hysterische Symptome treten hinzu. Insbesondere zeigt sich die Gegend der Mündung der Ureteren in die Blase, sowie der Ureter in seinem weiteren Verlaufe innerhalb des Septum vesico-vaginale gegen Druck sehr empfindlich. Als charakteristisch wird hervorgehoben, dass schon durch leichte Füllung der Blase mit warmem Wasser, wohl in Folge des Druckes auf den Harnleiter, Schmerz ausgelöst wird, welcher nach Ablauf des Wassers aus dem Catheter wieder schwindet. Der Versuch, den Ureter zu catheterisiren, verursacht gleichfalls heftigen Schmerz. Der Nierentenesmus ist als Folgezustand chronischer Entzündung der Blase und der Ureteren aufzufassen. Die Schmerzen werden durch krampfhafte Contractionen des Harnleiters und des Nierenbeckens bedingt. Zur Bekämpfung des Uebels wendet *Bozemann* die von ihm zur Heilung der chronischen Cystitis und Pyelitis schon früher in Vorschlag gebrachte Operation an, die er als Colpo-Uretero-Cystotomie bezeichnet. Zur vollständigen Heilung ist ein längerer Zeitraum bis zu sechs Monaten erforderlich.

647. ***Ein Fall von primärem periurethralem Carcinom des Weibes.*** *Von Dr.* ***E. Lester.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1889. 12.)*

Primär erkrankt die Harnröhre äusserst selten carcinomatös. Secundär erkrankte sie 56mal in 311 Fällen von Uteruscarcinom und zu 128mal der Blase. Bis jetzt sind 9 Fälle von Urethralcarcinom in der Literatur bekannt. Der X-Fall ist der Fall des Verfasser aus der *Winckel*'schen Frauenklinik in München. Es handelt sich um eine 43jährige Person. Die Geschwulst ragt nach oben bis dicht unter den Schambogen, nach rechts bis in das Periost des aufsteigenden Astes des Os pubis, links lässt sich der Finger zwischen Geschwulst und Rami einklemmen. Um das Orificium urethrae externum ist eine dreieckige Exulceration, deren Seiten etwa $1^1/_2$ Cm. lang, deren Basis 1 Cm. breit ist. Die Ränder sind infiltrirt, hart, unterminirt, besonders rechts. Die histologische Untersuchung ergab ein Plattenepithelcarcinom. Die Geschwulst wurde mit Paquelin abgetragen. Rechts gehen die Krebsknoten bereits hinter der Symphyse hinauf, so dass die Prognose schlecht ist. Urethrale Carcinome beim Weibe sind nur

3 bekannt. Dieselben haben *Bardenheuer, Thomas* und *Winckel* publicirt. Der *Lester*'sche Fall ist der vierte. Es kommt mithin ungemein selten eine derartige Erkrankung der weiblichen Urethra vor.

v. Swiecicki.

648. ***Ueber Krebs und carcinomatöse Krankheiten.*** *Von* ***Spencer Wells****. Verdeutscht von Dr. Junker v. Langegg. (Volkmann's klin. Vorträge. 337.)*

Die vorliegende Arbeit ist der Inhalt der zweiten von *Spencer Wells* gehaltenen *Morten*-Lectüre am 29. November 1888, welche sich dem Plane des Stifters *J. T. Morten* zufolge mit der Natur des Krebses und dessen Behandlung zu befassen hat. Verf. constatirt vor Allem, dass das Krebsleiden im Allgemeinen in steter Zunahme begriffen und die Sterblichkeit an Krebs bedeutend grösser sei, als die verhältnissmässige Bevölkerungszunahme. Die Sterblichkeit ist von 7245 Fällen von Krebstod im Jahre 1861 auf 17.113 Todesfälle im Jahre 1887 gestiegen. Es ist unwahrscheinlich, dass die vom Verf. tabellarisch nachgewiesene Zahlenzunahme während 26 Jahren von 360 auf 606 Todesfälle an Krebs auf jede Million Einwohner Englands und Irlands innerhalb jenes Zeitraumes nur in einer genaueren Registration ihre richtige Erklärung findet. Auch in den Vereinigten Staaten hat die Krebsmortalität erheblich zugenommen. Die besondere Charakteristik der Krebsmortalität scheint nicht in deren Zunahme mit dem fortschreitenden Alter zu liegen, sondern in der unverhältnissmässig grossen Sterblichkeit während der mittleren Lebensperioden. Diesen traurigen Thatsachen gegenüber wirft Verf. die Fragen auf: Kann dieser Zunahme gesteuert werden? Was ist die Aufgabe des Arztes bezüglich dieser Erkrankung im Allgemeinen und deren chirurgischer Behandlung, wenn verschiedene Organe oder Körpertheile der Sitz des Leidens sind? Ehe wir die Frage zu beantworten vermögen, warum und auf welche Weise Geschwülste entstehen, müssen wir über das Normalwachsthum und die normale Entwicklung im Klaren sein und die Frage beantwortet haben, warum und auf welche Weise geschieht es, dass diese bis zu einem gewissen Grade fortschreiten und dann plötzlich aufhören. Bei dem gegenwärtigen hochentwickelten Standpunkte der pathologischen Anatomie handelt es sich bei Erforschung des Wesens des Krebses um die Frage, wie diese Neubildungen an Stelle des vorgebildeten normalen Gewebes entstehen, wie ihre zelligen Elemente in den Zwischenräumen normaler Puncturen auftreten, wie die normalen Zellen verändert oder neugebildet werden, wie die pathologischen Zellen nur als heterotapische und wuchernde Epithelien, keineswegs aber als nur unentwickelte oder krankhafte Epithelien aufzufassen sind, welche die Fähigkeit besitzen, die benachbarten Zellen umzuwandeln, oder ihnen einen besonderen epithelialen Charakter aufzuzwingen. In seiner Monographie „Zur Diagnose und Prognose des Carcinoms" bedauert *Virchow*, dass bis jetzt die Ergebnisse auch der eifrigsten Forschung noch nicht in einer überzeugenden Demonstration vorgelegt wurden. Seither ist der einzige Fortschritt unserer Kenntniss über den *Scheurlen*'schen Bacillus, dessen Auffindung auf Kartoffelschnitten jedoch ohne krebsigen Ursprung. Mit dem Auffinden eines specifischen Bacillus wäre wohl ein



richtiger Fortschritt in der Diagnose und Prognose des Carcinoms gemacht, aber der Versuch, alle Erscheinungen der Krebswucherung bis zur Dissemination und Metastase auf die Verbreitung der Krebszellen zurückzuführen, ist keineswegs durch anatomische und experimentelle Feststellungen so sicher unterstützt, dass für einen andern Modus der Erklärung kein Raum übrig bliebe. „Das Bedürfniss nach einem Krebsbacillus", sagt *Virchow*, „ist kein so grosses, dass wir ohne denselben jeder Möglichkeit eines Verständnisses beraubt sein würden." Hinsichtlich der Therapie stellt Verf. die Frage auf, ob eine Krebsgeschwulst allein, oder der ganze erkrankte Theil, oder das ganze betroffene Organ zu entfernen sei? Charakteristisch für die Stellungnahme des Verf. in dieser Frage ist die Aeusserung, dass er in jedem Falle von Mammacarcinom die ganze Drüse entfernen würde, ausser wenn die Geschwulst klein, nahe dem Drüsenrande gelegen oder nur oberflächlich wäre. Sitzt aber die Geschwulst nicht in der Brust selbst, sondern in der Achselgrube, dann würde er die Brustdrüse schonen, da seiner Ansicht nach derlei Geschwülste weder eine Entartung der Brustdrüse noch der Lymphdrüsen der Axilla seien, sondern einer gewissen Classe von Schweissdrüsen, welche Dr. *Creighton* in einer Abhandlung darüber beschrieben hat. Verf. stimmt mit *Virchow* darin überein, dass dem Carcinom gegenüber ausser dem Messer auch jede andere irgend vernünftig begründete Therapie gestattet sein dürfe, ja er nennt die bösartigen Neoplasmen geradezu ein Feld für therapeutische Versuche. Den Ergebnissen zukünftiger Forschungen bleibt es anheimgestellt, ob wir für die noch gesunde Umgebung eine Immunität gegen die Ansteckung durch den bestehenden Krebs, eine Widerstandsfähigkeit gegen dessen Umsichgreifen sichern können. Bis jetzt wissen wir nur so viel, dass unter gewissen Bedingungen die Ernährung der Krebszellen insoweit behindert werden kann, um zu deren vollkommenen Verfalle zu führen. Ist der Krebs in seinem Beginne und oft noch sehr lange ein örtliches Leiden, so muss er auch in dieser Zeit örtlich heilbar sein. Schliesslich spricht Verf. von der Entfernung des carcinomatösen Uterus, ohne dabei etwas Neues zu bringen; diese letztere Bemerkung muss überhaupt von der ganzen Arbeit gemacht werden, welche sich durch äusserst gespreizte Redeweise und eine solche Fülle von seitenlangen Citaten auszeichnet, dass eigentlich von *Virchow* z. B. mehr die Rede ist, als von des berühmten englischen Operateurs eigener Ansicht. *v. Buschman.*

649. ***Lebender erwachsener weiblicher und schwanger gewordener Dipygus.*** *Von* ***Brooks H. Wells*** *in New-York. (Amer. Journ. of Obstetr. December-Heft. 1888, pag. 1265.)*

Brooks H. Wells theilt einen sehr interessanten, in seiner Art einzig dastehenden Fall einer Missbildung mit. Ein erwachsenes, weibliches Individuum zeigt unterhalb des 3. Lendenwirbels eine Spaltung der Wirbelsäule. Dieser entsprechend sind 2 Nabel da, 2 an ihrer inneren Seite mit einander verwachsene Becken, 2 Ani, 2 weibliche Genitalmündungen und 4 Unterextremitäten. Die beiden Hälften des verdoppelten unteren Stammendes liegen in einer Ebene. Die nach aussen liegenden Unterextremitäten (das linke Bein des linken Beckens und das rechte des rechten



Beckens) sind gut entwickelt und bedient sich die Frau derselben zum Herumgehen, wenn auch das rechte, der rechten Beckenhälfte einen Klumpfuss trägt. Die zwei innenliegenden Unterextremitäten (die linke des rechten Beckens und die rechte des linken Beckens) sind, sonst wohl gebildet, in der Entwicklung zurückgeblieben. Dass die innere Körperhälfte auch bezüglich der Bauch- und Beckenorgane verdoppelt ist, lässt sich daraus entnehmen, dass manche Functionen der beiden unteren Körperhälften unabhängig von einander vor sich gehen. So hat die Frau zuweilen auf der einen Seite Diarrhöe, während die andere constipirt ist und die Blasen entleeren sich zu verschiedenen Zeiten. Die Menstruation findet dagegen beiderseits gleichzeitig statt. Die Frau ist 20 Jahre alt, verheiratet, und wurde vor nicht langem in der linken unteren Körperhälfte gravid. Um sie bei dieser Missbildung nicht den Gefahren einer vielleicht nicht beendbaren Geburt auszusetzen, wurde der künstliche Abortus eingeleitet und gebar die Frau einen wohlgebildeten 3monatlichen Fötus. Eine gelungene Abbildung ist dieser interessanten Mittheilung beigefügt. *Kleinwächter.*

650. ***On the Rapid Cure of Cystitis in Women.*** *By* ***More Madden.*** *(Brit. Med. Journ. März 1889. 2. — Ref. in The Lond. Med. Recorder. 1889. 15.)*

In schweren Fällen von Cystitis bei Frauen schlägt Dr. ***More Madden*** nach der Angabe von ***Mc. Teale*** vor, die Urethra so weit zu dilatiren, dass sie den Finger eindringen lässt, um die Schleimhautoberfläche mit dem officinellen Carbolglycerin auszuwaschen. Gewöhnlich ist dies nur 2—3mal in Zwischenräumen von einer Woche nöthig, um selbst die schlimmsten Fälle von Cystitis bei Frauen zur Heilung zu bringen. *Sternthal.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

651. ***Hämorrhagie der vorderen Augenkammer durch Ruptur des Schlemm'schen Canals.*** *Von* ***A. D. Williams*** *in St. Louis. (St. Louis med. and surg. Journ. LV. 357. — Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1889. April.)*

Ein junger Mann war am inneren corneoscleralen Rande der linken Hornhaut, dem *Schlemm*'schen Canal, genau entprechend durch ein Schrottkorn mit eben ausreichender Kraft getroffen worden, um die Sclera und natürlicher Weise auch den *Schlemm*schen Canal zu durchbrechen. Das Kammerwasser floss ab und es entstand an der Verwundungsstelle ein kleiner Irisvorfall. Die vordere Augenkammer füllte sich mit Blut und frische Blutergüsse folgten sich seit der Verletzung, seit nunmehr schon länger als zwei Wochen, oft genug, um sie mehr oder weniger mit Blut gefüllt zu erhalten. Das absorbirte Blut wurde stets wieder durch neuen Bluterguss ersetzt. Die Quelle der Blutung war offenbar der *Schlemm*'sche Canal. Wenn der *Schlemm*'sche Canal durch irgend einen Vorgang durchschnitten oder zerrissen wird, dann kann man auf wiederholte Blutergüsse in die vordere Augenkammer gefasst sein. Hier ist daran zu erinnern, dass



nach Cataractoperationen, wie sie vor Jahren noch gemacht wurden, nicht selten Blutergüsse in die vordere Kammer beobachtet wurden, wenn der Schnitt zu weit zurück in die Sclera verlegt worden war, wobei fast immer der *Schlemm*'sche Canal zerschnitten wurde. In neuerer Zeit sind solche Nachblutungen seltener, weil man den Schnitt jetzt gewöhnlich weniger weit zurückverlegt, so dass der Canal nicht getroffen werden kann. Das interessante bei diesem Falle ist, dass das aus grosser Ferne von links her abgefeuerte Schrottkorn kaum noch so viel Kraft hatte, eine ganz kleine Oeffnung in die Sclera zu machen; dann prallte es ab und gerieth, unter der Bindehaut fortlaufend, bis in die Nase. Diese Diagnose wurde gestützt durch eine den Verlauf des Schrottkorns andeutende weisse Linie unter der Conjunctiva und dadurch, dass unmittelbar nach der Verletzung leichtes Nasenbluten eintrat.

652 ***Ueber menstruelle laryngeale Blutungen.*** *Von* ***Ruault.*** *Jahressitzung der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie zu Paris vom 11. Mai 1889. (Allg. med. Central. Zeitg. 1889. 42.)*

Der Fall betrifft eine 39jährige Frau, Mutter eines 11jährigen Knaben. Seit längerer Zeit bereits nervös; Tuberculose, Hämophilie, Herzleiden etc. nicht nachweisbar. Seit 3 Jahren, kurz nach dem Verschwinden der Menstruation, leichte Blutergüsse unmittelbar aus dem Larynx. In den letzten Monaten war in dem Symptomencomplexe insofern eine Aenderung eingetreten, als die Larynxblutungen nunmehr nicht nach, sondern vor dem Einsetzen der Periode sich einzustellen pflegten. — Aber auch in der Zwischenzeit zeigte sich zuweilen das Sputum von blutigen Streifen durchzogen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab subepitheliale Suffusionen vorwiegend an den unteren Stimmbändern. Verf. glaubt, dass es sich in diesem Falle um arteriellen Blutzufluss reflectorischer Natur, wobei das periphere sensible Organ in der sexuellen Sphäre gelegen sei, handle. — In der Literatur existiren bereits mehrere derartige Fälle *(Fränkel, Sota, Strübing)*, die unter dem Namen „hämorrhagische Laryngitis" beschrieben sind. Dieselben betreffen meist schwangere Frauen, oder, wie in einer Beobachtung *Stepanow's* angegeben, eben dem Wochenbett entstiegene Wöchnerinnen. In einem Falle *Schöffer's* verschwand in dem Momente des Einsetzens der Blutung die bereits in vollem Gange befindliche Menstruation.

653. ***Hearing restored after deafnes of twenty five years standing by a surgical Operation.*** *Von Dr.* ***Josef White.*** *(Virgin. med. monthly. April 1889.)*

In der Richmond Medical and Surgical Society theilt deren Präsident Dr. *Josef A. White* einen höchst seltenen Fall mit, in welchem eine durch 25 Jahre bestehende Taubheit in Folge einer chirurgischen Operation geheilt wurde. Der Kranke wurde in der Schlacht bei Chancellorsville verwundet und verlor sein Gehör. Die Kugel traf ihn in die Wange an der Grenze des Ohres, drang in die Knochen, zerstörte den knöchernen Theil des Meat. aud. externus und trat am linken Proc. mastoid. zu Tage. Die Heilung der verletzten Fragmente hatte einen knöchernen



Verschluss des Meat. ext. zur Folge. Im December 1888 stellte sich Patient dem Autor mit dem Ersuchen vor, zu constatiren, ob eine Restaurirung des defecten Ohres möglich sei. Die Untersuchung ergab, dass der Kranke für alle äusseren Schalleindrücke vollkommen taub war, die Knochenleitung indessen normale Verhältnisse zeigte, was auf eine gesunde Beschaffenheit des Nerv. acust. hinwies. Es handelte sich also blos darum, eine Durchgängigkeit des knochig verwachsenen Meat. ext. herzustellen. Zu diesem Zwecke hat nun der Autor mittelst Hammer und Meissel eine enge Spalte in dem Callus angelegt, und um möglicherweise die Membr. tymp. nicht zu lädiren, wurde die Operation mittelst eines zahnärztlichen Bohrers fortgesetzt und die Oeffnung allmälig erweitert. Die Inspection ergab, dass zwischen dem knöchernen Callus und der Membr. tymp. ein ziemlich weiter freier Zwischenraum bestand, und dass das Trommelfell ein normales Aussehen zeigte. Nach der Operation stellte sich ein leichter aber bald vorübergehender Reizungszustand ein. Das Gehör nahm allmälig zu und erlangte bereits nach 5 Wochen seine normale Schärfe, so dass selbst Flüstersprache gehört wurde. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

654. ***Ueber die Heilung von veralteten Trommelfellperforationen.*** *Von Dr.* ***Berthold.*** *Vortrag bei der III. Versammlg. norddeutsch. Ohrenärzte zu Berlin 1889. (Allg. med. Central-Zeitg. 1889. 42.)*

Erst im letzten Jahre ist es dem Vortr. gelungen, die von ihm geübten Methoden derartig zu verbessern, dass die Hauttransplantation jetzt dieselben günstigen Resultate zur Heilung von Trommelfelllöchern, wie sonst zur Heilung von granulirenden Wundflächen an anderen Stellen des Körpers liefert. Sein Verfahren besteht im Wesentlichen darin, dass er nach Ablauf der Eiterung und nach Lösung etwaiger Verwachsung zwischen dem Trommelfellrande und der gegenüberliegenden Paukenschleimhaut ein Stückchen auf die granulirende Schleimhaut der Paukenhöhle aufsetzt, welches so genau wie möglich die Grösse der Perforation hat, und in der Dicke dem Abstande vom Perforationsrande bis zur inneren Paukenhöhlenwand gleichkommt. Die Oberfläche des Hautstückchens passt dann in den Perforationsrand so hinein, wie ein Uhrglas in den Falz seines Gehäuses. Das Gehör erlitt durch diese Art des Verschlusses in keinem Falle eine Verschlechterung, meistens erfuhr es eine mehr oder weniger grosse Verbesserung. — Statt der menschlichen Cutis hat *Berthold* in einzelnen Fällen auch die Cornea von Kaninchenaugen verwandt, doch sind diese Versuche noch nicht abgeschlossen. Froschhaut erwies sich als ungeeignet. Das vorhin geschilderte Verfahren der Transplantation mit menschlicher Cutis lässt sich bei den grössten Perforationen, also auch bei fast vollständigem Verlust des ganzen Trommelfells anwenden. Bei kleineren Perforationen, die den früheren Methoden der Behandlung Widerstand leisten, wendet *Berthold* die Eihaut an, welche er täglich mit einem in Terpentin getauchten Wattebausch im Zeitraum von wenigen Minuten mehrmals hintereinander vorsichtig betupft. Die Eihaut wird dabei fast vollständig durchsichtig und gestattet so die Besichtigung des verklebten



Trommelfellrandes. Man sieht, wie sich auf den Reiz des Terpentins das Trommelfell röthet, der Rand verbreitert, die Perforation verengert. Sobald der Kranke den geringsten Schmerz von dem Betupfen mit Terpentin äussert, wird damit aufgehört und das Verfahren erst nach 24 Stunden wiederholt. Durch diese mit Vorsicht ausgeführte Reizung des Trommelfellrandes kommt es dann je nach der Grösse der Perforation in einigen Wochen zur vollständigen Heilung. Nach derselben wird das Eihäutchen abgestossen.

Dermatologie und Syphilis.

655. ***Ueber das Hydroxylamin, als ein neues, wichtiges dermatotherapeutisches Heilmittel.*** *Von* **Eichhoff.** *(Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1889. 1.)*

Eichhoff berichtet über vortreffliche therapeutische Erfahrungen, die er mit salzsaurem Hydroxylamin machte. *Eichhoff* wandte das Mittel in alkoholischer Lösung (*Hydroxylamin. hydrochlor.* 0·1, *Spirit. vin.*, *Glycerin aa.* 50·0. MDS. Aeusserlich) in Fällen von Lupus vulgaris, Herpes tonsur. capillitii und Sycosis parasitaria faciei im ganzen elfmal an und jedesmal mit sehr gutem Erfolge. Schon von *Binz* wurde das Medicament als ein besonders starkes Reductionsmittel für die Dermatotherapie und als geeignet, Chrysarobin und Pyrogallussäure dort zu ersetzen, warm empfohlen. Die gleichzeitige reizende Wirkung des Mittels und seine toxische Gefährlichkeit ist von *Eichhoff* nicht unterschätzt, jedoch bei vorsichtiger Anwendung als keineswegs bedenklich geschildert worden. *Eichhoff* fordert zu weiteren Versuchen bei Psoriasis, parasitären seborrhoischen Clysmen, bei Lues und Lepra — endermatisch und subcutan (mit oder ohne gleichzeitigen Gebrauch von Chlor-, Brom- oder Jodpräparaten) — auf.

Friedheim, Leipzig.

656. ***Ueber Schwitzcuren bei Syphilis.*** *Von Dr.* **Radestock.** *(Therapeutische Monatshefte. Februar 1889. Heft 2.)*

Der Anschauung huldigend, dass vielleicht die Schweisssecretion ähnlich auf die Ausscheidung des syphilitischen Giftes einwirkt, wie die durch das Fieber bedingte Diaphorese auf den Ablauf acuter Infectionskrankheiten, empfiehlt *Radestock* vom Bestehen der Primärsclerose bis zur Vollendung der mercuriellen Cur wöchentlich mehrmals zu wiederholende, protrahirte heisse Bäder von 30° mit nachfolgender Darreichung warmen Thees oder subcutaner Pilocarpininjectionen, eventuell Anwendung des *Fiedler*schen Schwitzofens. Die Schwitzcur lässt er auch nach dem scheinbaren Erlöschen der Krankheit wöchentlich je einmal vornehmen und späterhin mit längeren Pausen, eventuell jahrelang fortsetzen. *Ledermann.*

657. ***Gonorrhöe des Mundes.*** *Von* **Condict W. Cutler.** *(Ref. aus The New-York Med. Journ. in The St. Louis Med. and Surg. Journ. Vol. LV. 6.)*

Eine 21jährige Frauensperson hatte den Penis eines Seemannes mehreremale in ihren Mund genommen und war danach



an Gonorrhöe des Mundes erkrankt. Der Mund war rauh und trocken; der Speichel von abscheulichem Geschmack. Am dritten Tage schwollen Gaumen und Zunge an und wurden schmerzhaft. Am fünften Tage war der Mund so geschwollen, dass Patientin nicht essen konnte. Eine weissliche Flüssigkeit mit Blut gemischt, von ekelhaftem Geruch und Geschmack, wurde abgesondert. Die Lippen waren geborsten und mit Herpes bedeckt. Gonococcenähnliche Mikroorganismen wurden gefunden, ihre Identität indessen nicht völlig festgestellt. Locale Anwendung von Glycerin, Bismuth. subnitr. im Vereine mit einem Mundwasser von chlorsaurem Kali erleichterten die Beschwerden bedeutend. (Dass es sich wirklich um eine Gonorrhöe der Mundschleimhaut gehandelt hat, scheint trotz der „gonococcenähnlichen Mikroorganismen" durchaus unwahrscheinlich. Ref.) *Sternthal.*

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

658. ***Zur Kenntniss der Nierenfunction.*** *Von **Munk** und **Senator**. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Blutdrucksänderungen auf die Harnabsonderung. (Virchow's Archiv. 114. 1. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 23.)*

Die Untersuchungen sind angestellt an der überlebenden Niere. Zur Durchströmung wurde defibrinirtes und colirtes, unverdünntes Blut verwendet, welches beim Eintritt und beim Austritt unter beliebigen Druck gesetzt werden konnte. Die Untersuchung des Secrets, welches während der Durchströmung aufgefangen wurde, bezog sich auf Feststellung der Menge, der Concentration, des Eiweiss-, Harnstoff- und Cl Na-Gehaltes. Eiweisshaltig blieb — wie die Autoren vorausschicken — das Nierensecret während des Versuches immer: je schneller die Durchströmung in Gang kam und je flotter sie weiterhin vor sich ging, um so geringer — je längere Zeit bis zur Durchströmung verstrich und je langsamer die Blutdurchströmung selbst erfolgte, um so reichlicher war Eiweiss dem Urin beigemengt. Es stellte sich nun zunächst heraus, dass die Grösse der Harnabsonderung in viel höherem Masse der Stromgeschwindigkeit als der absoluten Höhe des arteriellen Blutdrucks parallel gehe. Ausserdem aber zeigte sich, dass dieser Factor nicht der allein herrschende sei, sondern auch dem jeweiligen Zustand der secernirenden Membran ein wesentlicher Antheil an der Beherrschung der Secretmenge zuzuerkennen sei. Reichliche Harnabsonderung ging immer einher mit geringem Eiweissgehalt des Harnes. Die specifische Abscheidung von Harnstoff sinkt bei niederer Stromgeschwindigkeit erheblich, die procentische Kochsalzausscheidung sinkt bei niederem Druck nur um ein Weniges; der Eiweissgehalt des Harns nimmt bei sinkendem arteriellem Druck zu, je weniger arterielles Blut in der Zeiteinheit durchströmt, desto durchlässiger werden die Gewebe für Eiweiss. Eine weitere Reihe von Versuchen bezog sich auf den Einfluss venöser Stauung auf Menge und Zusammensetzung des Harns. Die Stauung

wurde bewirkt durch Verengerung der Ausflussröhre. Der ausgeschiedene Harn war immer sparsam und enthielt mehr oder weniger Blut; im Einzelnen ergab sich bei venöser Stauung, gleichgiltig welcher Druck in der Arterie herrschte, beträchtliche Abnahme der Harnmenge, erhebliche Abnahme des procentischen Gehaltes an Harnstoff, unwesentliche Veränderung des procentischen Kochsalzgehaltes, erhebliche Zunahme des Eiweissgehaltes und was besonders beachtenswerth, stets eine beträchtliche Abnahme der Stromgeschwindigkeit des Blutes. Die Abnahme dieser mit ihren Folgen: Schädigung der specifischen Drüsenepithelien, ist es denn auch, auf welche die Zunahme des Eiweissgehaltes und die Abnahme des Harnstoffgehaltes zurückzuführen sind.

59. ***Ueber den toxischen Ursprung des Magenschwindels.*** *Von* ***Bovet****. Sitzungsbericht der Société de Thérapeutique zu Paris vom 24. April 1889. (Allg. med. Central-Zeitg. 1889. 41.)*

Die Untersuchungen, die *Bovet* ausgeführt hat, beziehen sich sowohl auf den Harn, als auch auf die Gase, welche von den an Schwindelanfällen leidenden Dyspeptischen per os ausgestossen zu werden pflegen. Bezüglich dieser letzteren ist der Moment zu beachten, in welchem es zur Ausstossung der qu. Gase kommt, denn die Natur derselben ist wesentlich verschieden, je nachdem sie bald nach der Mahlzeit oder erst später, etwa 5 bis 6 Stunden darauf erfolgen. — Im ersteren Falle handelt es sich wesentlich um Ausstossung von Stickstoff und Kohlensäure, im zweiten Falle dagegen ist den erwähnten Bestandtheilen noch Schwefelwasserstoff und zuweilen eine Art Sulfocyansäure beigemengt, die gleichfalls im Harn als Sulfocyanürverbindung wiedergefunden wurde. Diese letztere Verbindung nun ist es, die nach der Auffassung von *Bovet* auf den Bulbus wirkt und das Symptom des Schwindels zur Folge hat. — In der That wird man finden, dass, wenn man Thiere mittelst Cyanverbindungen vergiftet, man zunächst Schwindel und Ohrensausen zu beobachten Gelegenheit hat, Symptome, die man gleichfalls bei den an Magenschwindel leidenden Dyspeptikern zu beobachten pflegt. — Hierzu kommt noch, dass bei den zur Untersuchung gelangten Patienten diese Gifte im Harn unter 17 Fällen 14mal und in Magengasen 5mal aufgefunden wurden, so dass es höchst wahrscheinlich ist, dass sie in der That mit dem Symptomenbilde des Magenschwindels in ursächlichem Zusammenhange stehen. Was die Frage anlangt, ob diese Verbindung die alleinige Ursache des Magenschwindels sei, so ist es nach *Bovet* wahrscheinlich, dass noch andere Körper in Betracht kommen, wie die β-Oxybuttersäure, die bekanntlich aus mehreren Säuren der Essig-, Croton-, Diacet-, Aethyldiacetsäure und dem Aceton entsteht. Es ist mithin nicht unmöglich, dass der Magenschwindel auf die Wirkung einer Anwesenheit einer der beiden im Organismus vorkommenden Säuren zurückzuführen sei. — Im Harn konnte man die Sulfocyansäure nach Destillation dadurch nachweisen, dass sie mit gewissen Reagentien einen charakteristischen Geruch nach Nitroprussidsäure gab. — Welche der untersuchten Verbindungen auch immer die Wirkungen hervorbringen mag, die unter dem Namen des Magenschwindels bekannt sind, so steht so viel fest, dass der Mechanismus der Wirkung auf die



toxische Action dieser Säuren auf den Organismus zurückzuführen ist.

660. ***Ueber die antiseptische Wirkung der Gallensäuren.*** *Von Dr. **Ph. Limbourg.** (Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. XIII. 196. — Deutsch. Med.-Zeitg. 1889. 42.)*

Um die fäulnisswidrigen Eigenschaften der Galle zu prüfen, liess der Verf. unter *Kossel's* Leitung mit wässerigen Pancreasauszügen vermischte Peptonlösungen ohne und mit Zusatz von 1, $^1/_2$ und $^1/_4$ Procent cholalsauren Natrons faulen und bestimmte nach einer von *Hirschler* veröffentlichten Methode die in gleichen Zeiten gebildeten Mengen von Ammoniak und des durch Phosphorwolframsäure nicht fällbaren Stickstoffs. Er fand, dass bei Zusatz von 1—$^1/_4$ Procent cholalsaurem Natron die Bildung der ersten Zersetzungsproducte des Eiweisses verlangsamt, auch die weitere Spaltung der Amidosäuren (unter Bildung von Ammoniak) verzögert wird; da im Darmcanal ähnliche Concentrationen der Gallensäuren vorkommen, wie sie Verf. verwendete, so folgert er, dass die Gallensäuren eine antiseptische Wirkung im Darm entfalten und hierdurch den Verfall der stickstoffhaltigen Nahrungsstoffe zu einfachen, für die Ernährung wenig vortheilhaften oder direct schädlichen Verbindungen verlangsamen.

661. ***Ueber eine physiologische Abweichung bei dem unter den Tropen lebenden Europäer.*** *Von Dr. **M. Glogner.** (Virchow's Archiv. Bd. CXV, pag. 345. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 21.)*

Bei 25 unter den Tropen lebenden Europäern beobachtete *Glogner* fast ausnahmslos den eingeführten Eiweissmengen gegenüber eine Verminderung der Stickstoffausscheidung durch den Urin, also eine Herabsetzung des Eiweissumsatzes oder der Eiweissresorption. Auf das Kilo Körpergewicht berechnet schied der Europäer, welcher weniger als 4 Jahre unter den Tropen lebte, im Durchschnitt 0·143 Grm., derjenige, welcher länger als 4 Jahre in Indien war, nur 0·101 Grm. N aus. Manches spreche dafür, dass eine Verminderung der Eiweissresorption das ursächliche Moment sei, und zwar besonders das häufige Vorkommen von Darmaffectionen bei den Europäern gegenüber den Eingeborenen, hervorgerufen durch den grösseren Eiweissgehalt des Kothes. Andererseits sei auch die Häufigkeit der Lebererkrankungen im Zusammenhange mit Darmaffectionen und dem Abusus spirituosorum beachtenswerth, da hierdurch die Zerlegung des circulirenden Eiweisses in hohem Grade beeinträchtigt werde.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

662. ***Ueber keimfreie Kuhmilch und deren Verwendung zur Kinderernährung.*** *Von Dr. **James Eisenberg.** (Wien. klin. Wochenschr. 1889. 11 u. 12.)*

Die verhältnissmässig junge Bacteriologie fängt an als Disciplin im Gebiete der Kinderheilkunde fast ebenso eingreifende Resultate zu erzielen, wie im Gebiete der Wundbehandlung. Nach den bahnbrechenden Arbeiten *Hueppe's*, nach den Forschungen



Escherich's, *Hesse's* und *Soxhlet's* bricht sich die Idee, künstlich keimfrei gemachte Kuhmilch als Ersatz der keimfreien Frauenmilch zur Kinderernährung zu verwenden, immer mehr die Bahn, ja sie wird sogar praktisch en gros in's Leben gesetzt, indem in einigen Städten, wie Leipzig und Wien bereits Anstalten zur Versorgung mit keimfreier Milch entstehen. Der Vortrag *Eisenberg's*, welcher in klarer Vortragsweise das bis jetzt festgestellte resumirt, bestrebt, die weiteren ärztlichen Kreise mit den Grundzügen der Milchsterilisation bekannt zu machen. Der Verfasser bringt endlich eine kleine aber sehr zweckmässige Vereinfachung des Verschlusses der von *Soxhlet* eingeführten Flaschen zur Milchsterilisirung, und zwar indem er die umständliche Manipulation beim Verschluss derselben mit durchbrochenen Kautschukpfropfen, die bei beginnender Erhitzung der Milch offengelassen, dann erst zugemacht sein mussten, durch den einfachen zweckentsprechenden und den Apparat wohlfeiler machenden Wattapfropfenverschluss ersetzt. Der vereinfachte Apparat stellt sich bei *Farsinger & Gottlieb* in Wien (Graben) auf 8 Gulden, also fast die Hälfte billiger als der ursprüngliche *Soxhlet*'sche Apparat. *Karlinski.*

663. ***Luft.*** *Von Petri. (Deutscher V. f. öff. Gesundheitspfl. 1888. — Zeitschr. f. Hygiene. 1887. III. 1.)*

Die Fortschritte, welche unser Wissen bezüglich der Luft und ihrer hygienischen Bedeutung im Laufe der letzten Jahre gemacht hat, bestehen zunächst in einer besseren Kenntniss der Zusammensetzung dieses Mediums. Wir haben erfahren, dass der Sauerstoffgehalt der Luft in nur sehr mässigen Grenzen, von 20·867 bis 20·991 Vol.-Proc. schwankt, und dass der Kohlensäuregehalt geringer ist als man bis dahin annahm, dass er im Freien nicht $^4/_{10000}$ sondern nur $^3/_{10000}$ beträgt. Es hat sich ferner herausgestellt, dass der Spaltpilzgehalt der Aussenluft kein sehr erheblicher ist, und dass derjenige der Luft auf Bergen von mehr als 2000 M. Höhe und auf der See gleich Null ist, dass er aber in Binnenräumen stark ansteigt. Von pathogenen Spaltpilzen wurden in der Luft bis jetzt thatsächlich ermittelt, der Bacillus malariae, der *Friedländer*'sche Pneumoniebacillus, der Staphylococcus pyogenes und der Mikrococcus erysipelatis. *Petri*, welcher die Keime in der Luft nach einer neuen Methode bestimmte, fand, dass die Zahl derselben ausserordentlich wechselte. Er stellte seine Untersuchungen zu Berlin in der Luft eines Hofraumes vor dem Fenster, auf dem Dache des hygienischen Institutes, im vorderen Raume eines Thierstalles, am Boden eines Arbeitssaales, in der Nähe des Fensters desselben, in der Nähe der Decke desselben, im Kellerraume, im Closet und in einem Stadtcanale an. Das Ergebniss war folgendes: 1. Die Luft des Hofraumes enthielt in 1 Cbm. 0—1071 Bacterienkeime, 215—810 Pilzsporen. 2. Die Luft über dem Dache enthielt in 1 Cbm. 330—510 Bacterienkeime, 1190—1240 Pilzsporen. 3. Die Luft im Thierstalle enthielt in 1 Cbm. vorne 710 bis 800 Bacterienkeime und 530 Pilzsporen, hinten 32.000 Bacterienkeime und 6300 Pilzsporen. 4. Die Luft in einem kleineren Raum des Thierstalles enthielt in 1 Cbm. 11.500—34.000 Bacterienkeime. 5. Die Luft im Arbeitssaale enthielt in 1 Cbm.: *a)* Am



Boden 600 Bacterienkeime; *b)* nahe der Saaldecke 30 Bacterienkeime; *c)* nahe dem Fenster 763 Bacterienkeime. 6. Die Luft des Kellerraumes enthielt in 1 Cbm. 420 Bacterien. 7. Die Luft eines Closets enthielt in 1 Cbm. 0 Bacterien. 8. Die Luft des Stadtcanales enthielt in 1 Cbm. 0—10 Bacterien. Die Schwankung im Gehalte der Luft an Keimen bewegt sich danach von 0—34.000 pro 1 Cbm. Dass die letztgenannte Ziffer keine ganz ungewöhnliche ist, geht aus den Ermittlungen *Miquels* hervor, welcher in der Binnenluft von neuen Häusern 4500, von alten Häusern 36.000, von einem alten Spitale 79.000 Mikroben pro 1 Cbm. constatirte. Dr. *E. Lewy.*

664. ***Vorsorge gegen Verletzungen auf Fahrstühlen.*** *Von Dr.* ***Bornemann*** *in Oelsnitz. (Bericht aus d. Corr.-Blatt d. sächs. Aerzte-Vereine. — Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 10.)*

Das Königl. Bergamt frug Ende des v. J. bei dem Verein der Knappschaftsärzte im Lugau-Oelsnitzer Kohlenbecken an, ob und welche Verletzungen durch plötzliches Aufsetzen oder Aufhalten des Fördergerüstes in diesem Revier beobachtet und welche Mittel wohl zur Abhilfe zu empfehlen sein dürften. Die Mitglieder stellten in Folge dessen ihre selbstbeobachteten Fälle (über 20) zusammen und es ergaben sich da Verletzungen folgender Art: Haut- und Muskelquetschungen an den verschiedensten Körperstellen; Beinbrüche, besonders des Unterschenkels; Blutergüsse in die Gelenke, besonders der Fuss- und Kniegelenke (die häufigste Verletzungsart), doch auch des Hüftgelenks; selten Rippenbrüche, Genick- und Wirbelsäulenstauchungen; in einem Falle Commotio medullae spinalis mit seinen dauernd gebliebenen Folgen. Bei den letzterwähnten Verletzungen hatten die Leute nachweislich im Fördergerüste (Fahrstuhl) gesessen, während sie gewöhnlich darin stehen. Von den Verletzungen war nur der eine Fall mit Commotio medullae spinalis nicht geheilt; sehr langwierig waren die so oft beobachteten Blutungen in's Kniegelenk verlaufen, aber doch schliesslich vollständig ausgeheilt. Es wurde denn auch von einer Mannschaftsbeförderung im Sitzen ganz abgerathen. Von dem vom Bergamte erwähnten Schutzmittel gegen solche Verletzungen wurde das Einschütten von Sand oder Lohe in die Kästen als unpassend erklärt, theils des sich entwickelnden Staubes wegen, theils und namentlich aber, weil durch die unvermeidliche Nässe und Schmutz die Elasticität beider Substanzen verloren gehen würde. Auch das Einhängen der einzelnen Leute in elastische Gurte, welche von der Decke des Gerüstes herabhingen, konnte nicht als zweckentsprechend erkannt werden, da bei dieser Massregel die Mannschaft selbst das Beste zu thun haben würde, bei der unglaublichen Indolenz derselben aber gegen alle Sicherheitsvorschriften auch diese jedenfalls nur ohne Erfolg angewandt werden würde. Empfohlen wurde das Anbringen eines elastischen Bodens im oder am Fördergerüst mit Sperrvorrichtung. Ein specieller Vorschlag von uns aber ging dahin, die elastische Kraft an dem doppelten Boden nicht von unten wirken zu lassen, sondern von oben, d. h. den Boden oder ein inneres Gerüst an elastischen Bändern in das gewöhnliche Fördergerüst (Fahrstuhl) bei der Mannschaftsbeförderung einzuhängen. Auch hierbei wurde das Anbringen

einer Sperrvorrichtung gefordert. Im Ganzen harmonirt dieses Gutachten mit dem des Zwickau-Glauchauer Bezirks-Vereines vom 2. Februar 1889. Auch hat das Königl. Bergamt beschlossen, diese Schutzmassregeln bei den Kohlenwerken anzuordnen.

665. ***Die Prophylaxis des Scharlachs.*** *Von* ***Bäumler*** *in Freiburg. (Münch. med. Wochenschr. 1888. 42. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 23.)*

Bei den grossen directen Gefahren, die der Scharlach mit sich bringt, bei den zahlreichen Nachkrankheiten in dessen Gefolge, bei der zu gewissen Zeiten überaus grossen Morbidität und Mortalität verdienen einige Rathschläge des Verf. sicherlich Beachtung, die derselbe in prophylactischer Beziehung in vorliegender Arbeit gibt. Da man weiss, dass nicht alle Menschen am Scharlach erkranken müssen und die Disposition dazu nur innerhalb weniger Jahre des frühen Kindesalters eine wirklich bedeutende ist und von da an rasch wieder abnimmt, so ist es gewiss gerechtfertigt, mit aller Strenge prophylactische Massregeln zu treffen und mit allen zu Gebote stehenden Mitteln das Scharlachcontagium von den dazu Disponirten fernzuhalten. Um dies in wirksamer Weise thun zu können, muss man sich stets vergegenwärtigen, dass das Scharlachcontagium stets von einem Scharlachkranken ausgeht, dass es eine grosse Lebenszähigkeit besitzt, vom Beginn der Erkrankung bis weit in die Reconvalescenz hinein, bis zur vollständig beendeten Abschuppung wirksam ist, die Infectionsgefahr erst mit deren Vollendung schwindet und dass die Incubation nur eine sehr kurz dauernde ist. — Dementsprechend sollen Scharlachkranke so früh und so strenge als möglich isolirt werden und so lange, bis die Abschuppung auch an den Handtellern und Fusssohlen beendigt ist. Die mit den Kranken in Berührung kommenden Personen sollen den Verkehr mit Anderen thunlichst vermeiden oder die Gefahr der Verschleppung durch Kleiderwechsel, Waschungen etc. möglichst vermindern. Die Luft des Krankenzimmers soll möglichst oft erneuert, die Wäsche in Carbolwasser gelegt und mit Kaliseife gekocht, die Kleider sollen mit strömendem Dampf desinficirt werden. Die Desinfection des Zimmers und seiner Utensilien geschehe in der üblichen Weise durch strömenden Dampf, Abreiben mit Brot etc., der Wiederbezug eines solchen Zimmers erst nach gehöriger, mehrere Tage und Nächte dauernder Lüftung. Der Transport Scharlachkranker geschehe in besonderen Wagen und auch der Verschleppung der Krankheit durch dritte Personen, durch Hausthiere und todte Gegenstände möge die nöthige Beachtung geschenkt werden. Beim ersten Auftreten des Scharlachs in stark überfüllten Stadttheilen empfiehlt sich baldige Evacuation der Kranken in ein Isolirhaus oder Hospital, für grössere Gemeinden die Anschaffung wirksamer, eventuell fahrbarer Desinfectionsapparate. — Wird in dieser Weise und nach solchen Gesichtspunkten die Prophylaxis auch dem Scharlach gegenüber gehandhabt, dann wird es möglich sein, grössere Epidemien zu verhüten, ihre Ausbreitung einzuschränken und die Krankheit selbst günstig ablaufen zu machen.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

666. *Beobachtungen über einzelne seltene Hautkrankheiten in Norwegen.*

II—V. Acne frontalis s. necrotica. — Pityriasis rosea. — Pityriasis pilaris. — Urticaria perstans.

Von Cäsar Böck in Christiania.

Norsk Magazin for Laegevid. 1888, pag. 793, 813, 893, 920.

Ref. von Th. Husemann.

(Schluss.)

Die jetzt unter dem Namen Acne varioliformis bekannte, von *Hebra* zuerst als Acne frontalis beschriebene Ausschlagsform kommt nicht blos an der Stirn oder an dem Nacken und auf der Brust, wie dies schon *Kaposi* beobachtete, vor, sondern kann sich auf die ganze Rückenfläche, auf Brust und Arme ausdehnen. Der Name Acne varioliformis charakterisirt zwar das äussere Gepräge des Ausschlages sehr gut, wird aber in Frankreich für ein ganz verschiedenes Hautleiden benutzt, und wird zweckmässig durch Acne necrotica ersetzt, weil dadurch das Wesen des Processes in dieser höchst abweichenden Acneform geeignet ausgedrückt wird. In den necrotischen Schorfen finden sich Streptococcus- und Staphylococcusformen, doch ist es nicht auszumachen, inwieweit diese zu dem localisirten Absterben der Haut in Beziehung stehen. Die Necrose betrifft sowohl den Papillarkörper als das Stratum reticulare. Impfversuche mit den Schorfen und dem ausgepressten Gewebssaft führten zu keinem positiven Resultat.

Die von *Gibert* als Pityriasis rosea beschriebene Affection, charakterisirt durch rosenrothe oder mehr blassrothe Flecken von der Grösse eines Nagels, welche mit kleieartigen, entweder lose oder locker ansitzenden Schuppen bedeckt sind, muss als ein Agglomerat verschiedener Affectionen angesehen werden. In einzelnen Fällen scheint es sich um eine phytoparasitäre Hautaffection zu handeln; in einem Falle, in welchem sich Pilze nicht fanden, stimmte das klinische Bild und der anatomische Befund mit Erythema multiforme überein.

Als eine eigenartige Krankheit muss die von *Devergie* zuerst beschriebene Pityriasis pilaris betrachtet werden, welche in Deutschland und Oesterreich bisher nicht beobachtet wurde, wenn man nicht annehmen will, dass Fälle von Psoriasis der Handfläche, auf welche allgemeine Hautabschuppung folgt, zu der in Frankreich als „Maladie de Dévergie" bekannten Affection gehören. Die Krankheit ist entschieden sehr selten, gewinnt aber besonderes Interesse durch ihren eigenthümlichen typischen Verlauf und den jetzt von *Böck* geführten Nachweis, dass dabei ein einziger Organtheil der Haut, nämlich die Wurzelscheide der Haare, und zwar nur der Längshaare, nicht der Kopfhaare, zuerst, am meisten und in der charakteristischesten Weise afficirt sind. Die Krankheit beginnt in der Regel in der Handfläche oder an der Fusssohle, ergreift dann den behaarten Theil der Kopfhaut und breitet sich dann über den ganzen Körper aus. Höchst



charakteristisch ist die Gänsehaut, die sich namentlich auf den Händen, am Vorderarm und an den Fingern sehr prägnant zeigt und beim Ueberstreichen das Gefühl einer Reibe oder Raspel veranlasst. Dieses „chair de poules" der Franzosen beruht auf relativ mächtiger verhornter Epidermisbildung, welche das Haar tief in den Haarbalg drängen, wobei aber auch der umschliessende Haarschaft ziemlich hoch über das Niveau der Haut hervorragen kann. Das merkwürdigste Bild gewähren die Wurzelscheiden der Längshaare, indem sich dieselben zu einem mächtigen, festen, harten und soliden Kegel, der mit der Spitze gegen die Haarwurzel und mit der oft abgerundeten Basis nach oben gewendet ist, entwickeln. Vorzugsweise ist es die innere Scheide, welche die manchmal mächtige homogene Haarmasse bildet. Auf der Handfläche finden sich häufig derartige Zwillingskegel. Das Leiden ist sehr hartnäckig, scheint aber durch inneren Gebrauch von Arsenik und Leberthran geheilt werden zu können.

Die Urticaria perstans der englischen Dermatologen, bei welcher die Nesselfieberquaddeln nach Verschwinden der Hautröthe noch wochenlang (in einem norwegischen Falle selbst vier Monate) fortbestehen, darf nicht, wie es vielfach geschieht, mit Urticaria chronica verwechselt werden, wo lange Zeit hindurch stets neue Nachschübe erfolgen. Das Vorhandensein reichlicher und stark zusammengehäufter Mastzellen lässt die Verwandtschaft mit Urticaria pigmentosa erkennen.

Literatur.

667. ***Ueber den Hypnotismus und seine Verwerthung in der Praxis.*** *Von Dr.* ***W. Brügelmann****, Director der Curanstalt Inselbad Paderborn. Heuser's Verlag, Berlin-Neuwied, 1889.*

In Deutschland beginnt der Hypnotismus nur langsam und allmälig den wissenschaftlichen Boden zu erobern, währenddem derselbe in Frankreich bereits die Feuerprobe bestanden und die wissenschaftliche Weihe längst erhalten. Allerdings ist die Art der Anwendung, sowie die Krankheitsfälle, bei welchen der Hypnotismus überhaupt anwendbar erscheint, noch durchaus nicht völlig geklärt, denn selbst im Lande des Hypnotismus, in Frankreich, ist die Schule von Paris, vertreten durch *Charcot* und die Schule von Nancy, vertreten durch *Bernheim-Liebault*, nicht ganz einig; *Charcot* verweist die ganze hypnotische Therapie lediglich auf hysterische oder doch verwandte Zustände, während *Bernheim-Liebault* Lähmungen, Contracturen, Neuralgien, Rheumatosen, Epilepsie, Chorea und überhaupt die verschiedensten Affectionen des Nervensystems hypnotisch behandelt wissen wollen. Die Zeit bei uns ist noch zu kurz, um ein massgebendes Urtheil abgeben zu können, doch kann der Autor nicht umhin, seine Meinung dahin auszusprechen, dass die Wahrheit in der Mitte liegt. Zur Erhärtung dieser Anschauung ist diese Arbeit zumeist gewidmet, zu welchem Zwecke auch Krankengeschichten mit hypnotischem Erfolg angeführt werden. In weiterer Ausführung zeigt der Autor, dass der Hypnotismus nichts Neues, sondern etwas sehr Altes ist, und dass derselbe all seiner Wunder und all seines Nimbusses entkleidet werden kann, wenn man annimmt, dass der Wille und der



Glaube zur Erzeugung der Suggestion die Hauptrolle spielt. Die Monographie sucht Licht in die noch dunklen Anschauungen zu bringen und verdient gelesen zu werden. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

668. ***Wie entstehen Brüche? Ist ein Unterleibsbruch als Unfall zu betrachten?*** *Von weiland Prof. Dr.* ***W. Roser*** *in Marburg. N. G. Elwert'sche Verlagsbuchhandlung, Marburg 1889.*

Vorliegende Arbeit war dazu bestimmt, einer Berufsgenossenschaft als ärztliches Gutachten über Unfallversicherung bei Unterleibsbrüchen zu dienen. Das druckfertige Manuscript kam 2 Tage nach dem Tode des Verfassers von der Genossenschaft zurück. Da aber die Angelegenheit auch weitere Kreise und anderen Berufsgenossenschaften und vor Allem die Cassen- und Versicherungsärzte interessiren dürfte, so hat der Sohn des Autors, Doc. Dr. *Carl Roser* in Marburg, diese letzte Arbeit seines Vaters in Druck legen lassen. Der Standpunkt, welchen der Autor in der Angelegenheit einnimmt, wird am deutlichsten durch folgenden Passus gekennzeichnet: „Alle Sachverständigen wissen, dass man einen Bruchsack an sich haben kann, ohne es zu wissen. Die Personen, welche einen Bruch plötzlich bekommen zu haben meinen, schliessen mit Unrecht aus der Empfindung, welche ihnen die plötzliche Anfüllung oder Ausdehnung ihres schon länger bestehenden Bruchsackes erzeugt hat, auf die plötzliche Entstehung des Bruches.“ Zur Bekräftigung dieses Ausspruches werden Chirurgen besten Klanges citirt. Aus den Schlussfolgerungen ist folgendes zu entnehmen: 1. Die plötzliche Entstehung eines Bruchsackes durch äussere Gewalt oder durch Anstrengung kommt nicht vor. 2. Wenn Jemand einen Bruch plötzlich bekommen zu haben meint, so beruht dies auf Irrthum; der Bruchsack war schon vorhanden und der Kranke verwechselt das Eindringen eines Eingeweidetheiles in den schon vorhandenen Bruchsack mit der Entstehung des Bruches. 3. Die langsame Dehnung oder Verschiebung des Bauchfells, wie sie bei Formation der im späteren Leben entstehenden Bruchsäcke vorauszusetzen ist, kann nicht als ein Unfall bezeichnet werden u. s. w. Wir können uns nur mit diesen kurzen aber juristisch wichtigen Andeutungen begnügen und müssen die sich Interessirenden für diese Frage auf die klare Darstellung des Originals verweisen.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

669. ***Lehrbuch der pathologischen Mykologie.*** *Vorlesungen für Aerzte und Studirende. Von Dr.* ***P. Baumgarten,*** *Prof. an der Universität Königsberg. Zweite Hälfte, zweiter Halbband. Lieferung 1. Mit 13 grösstentheils nach eigenen Präparaten des Verfassers ausgeführten Originalabbildungen im Text, davon 3 in Farbendruck und einer lithographirten Tafel. Braunschweig, Harald Bruhn, 1888.*

Mit möglichstem Aufwande an Fleiss führt Verfasser sein Lehrbuch dem Schlusse entgegen. Das vorliegende vorletzte Heft bringt den Schluss des Tuberkelbacillus, ferner die Darstellung des Leprabacillus, des Rotzbacillus. Mit ? werden durchgeführt: der Syphilisbacillus, der Rhinosclerombacillus, der Diphtheriebacillus. Hierauf folgen: Bacillen bei Dysenterie; Anhang: der Bacillus der Darmdiphtherie des Kaninchens *(Ribbert)*, der Bacillus Malariae von *Klebs* und *Tommasi-Crudeli*, der Tetanusbacillus, die Bacillen bei Xerosis conjunctivae und bei der acuten epidemischen Conjunctivitis, der sogenannte Carcinombacillus u. s. w.



Schon in diesem Heft beginnt die 10. Vorlesung: die pathogenen Spirillen; 1. die Choleraspirochäte (*Koch's* Commabacillus). Auch diesmal scheidet Verfasser sorgfältig das Fertige vom Unfertigen und reducirt die namentlich auf diesem Gebiete so häufigen unabgeschlossenen Beobachtungen auf die ihnen zukommende Bedeutung. —*r.*

670. ***Lehrbuch der venerischen Erkrankungen für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***C. Kopp****, Docent an der Universität in München. Mit 25 Abbildungen in Holzschnitten. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1889.*

Der Verfasser bietet uns in dem vorliegenden Lehrbuch die von ihm seit mehreren Jahren gehaltenen Vorlesungen über die venerischen Erkrankungen, in entsprechender Weise unter Berücksichtigung der praktischen Bedürfnisse der Studirenden und der ausübenden Aerzte umgearbeitet, dar. Demgemäss finden wir die differential-diagnostischen und therapeutischen Momente besonders eingehend berücksichtigt. Wenn uns auch der Name des Verfassers und dessen Leistungen auf dem von ihm behandelten Gebiete jeder weiteren Empfehlung des vorliegenden Werkes entheben, so möchten wir doch hervorheben, dass dieses sich durch eine gewisse Lebhaftigkeit der Darstellung, eine fesselnde Sprache, welche uns beinahe das lebende Wort ersetzt, ferner durch eine klare, rein sachliche und zielbewusste, von allem unnöthigen Beiwerk freie Schilderung der Krankheitsvorgänge auszeichnet. Das Werk zerfällt in drei Hauptabtheilungen: I. der Tripper und seine Complicationen; II. der weiche Schanker oder die venerisch-contagiöse Helkose, Ulcus venereum; III. Syphilis. Allgemeine constitutionelle Syphilis. Lues venerea. Im Anhang gibt Verfasser die Receptformeln, welche in den hier geschilderten Krankheiten zur Anwendung gelangen. Die therapeutischen Grundsätze des Verfassers bekunden dessen reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Venereologie. So heisst es pag. 357: „Einmal ist es eine seit *Ulrich von Hutten* bis auf unsere Zeit durch zahlreiche Beispiele wohl constatirte Erfahrung, dass auch bei solchen Individuen, die trotz syphilitischer Infection niemals mit Quecksilber behandelt wurden, die erwähnten Knochenläsionen vorkommen, ja, diese Erfahrung lässt sich nach meiner vollen Ueberzeugung noch dahin erweitern, dass gerade die in der Secundärperiode nicht oder ungenügend behandelten Fälle es sind, welche das Hauptcontingent der tertiär-syphilitischen Erkrankungen und also auch der tertiären Knochenläsionen bilden; ich erblicke also gerade in der für die Secundärperiode souveränen Quecksilberbehandlung, welche bei Berücksichtigung aller Cautelen eine sehr energische sein soll, den besten Schutz vor dem Eintreten tertiärer Zufälle überhaupt." Die Ausstattung des Werkes verdient volle Anerkennung. —*r.*

671. ***Aachen als Curort.*** *Bearbeitet von DDr. Alexander, Beissel, Brandis, Goldstein, Mayer, Rademaker, Schumacher, Thissen unter Redaction von Dr.* ***J. Beissel****. Herausgegeben im Auftrage der Stadtverwaltung. Mit zwei lithographirten Tafeln. Aachen, C. Mayer's Verlag (Carl Mayer, kgl. Hofbuchhändler), 1889.*

Die vorliegende Schrift erhebt sich durch Tendenz und Inhalt weit über die gewöhnlichen Badeschriften, welche die Rolle des Führers für den Curbedürftigen übernehmen und mit der gleichen Würde zu wissen thun, wie hoch der Trägerlohn in Brunnenheim ist, als wie viel Wochen lang die Cur gebraucht werden muss, um den unausbleiblichen Erfolg der Trink- oder Badecur zu erringen. Sehen wir von der sehr interessant geschriebenen Geschichte und Topographie Aachens ab, welche

die zwei ersten Capitel des allgemeinen Theiles bilden, so stellt das vorliegende, im Auftrage der Stadtverwaltung bearbeitete Werk eine klinische Monographie über die Heilwirkungen der altberühmten alkalisch muriatischen Schwefelquellen Aachens dar. Im Abschnitt „Die Thermen, ihre Verwendung und physiologische Wirkung" schildert *Beissel* die Zusammensetzung und physiologische Wirkung der Thermen je nach ihrer Anwendungsart als Bäder oder innerlich genommen. Im speciellen Theil werden die in Aachen seit Jahrhunderten mit Erfolg behandelten Krankheiten von den folgenden Autoren mit wissenschaftlicher Kritik geschildert und discutirt: 1. Die Gicht, von *G. Mayer*; 2. Der chronische Gelenkrheumatismus, von *B. Brandis*; 3. Arthritis deformans, von *J. Rademaker*; 4. Die Krankheiten der Haut, von *J. Beissel*; 5. Verletzungen und ihre Folgen, von *C. Schumacher*; 6. Chronische Catarrhe der Verdauungswege, von *C. Schumacher*; 7. Chronische Catarrhe des Rachens, des Kehlkopfes und der Bronchien, von *C. Schumacher*; 8. Syphilis, von *B. Brandis* und *C. Schumacher*; 9. Die Krankheiten des Nervensystems, von *L. Goldstein*; 10. Tabes dorsalis, von *G. Mayer*; 11. Die luetischen Erkrankungen innerer Organe, von *J. Thissen*; 12. Chronische Metallvergiftungen, von *C. Schumacher*; 13. Die Erkrankungen des Sehorgans, von *L. Alexander*. In jedem der angeführten Capitel findet der Leser so viel Originelles und Erprobtes, er findet namentlich über die in Aachen behandelten Krankheitsformen und die dabei zur Anwendung kommende Therapie so viele Belehrung, dass er das vorliegende Werk gewiss mit Nutzen lesen wird. Ein alphabetisches Register am Schlusse des Werkes fördert ebenfalls dessen Brauchbarkeit. *—r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

672. ***Die neuesten Forschungen über die Entstehung der Kurzsichtigkeit.*** *Von Prof. Dr.* ***Hermann Cohn.*** *Nach einem in der Sitzung des Vereins der Breslauer Aerzte am 27. April 1889 gehaltenen Vortrage. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 10.)*

Es wurde zunächst betont, dass über folgende 4 Dinge Einigkeit unter den Augenärzten herrsche: 1. bewirkt anhaltendes Nahesehen besonders bei schlechter Beleuchtung und bei gebückter Kopfhaltung Myopie; 2. ist das Wesen der Myopie in einer Verlängerung der Augenaxe zu suchen, die statt 24 Mm. selbst 33 Mm. erreichen könne; 3. findet sich in der Ueberzahl der Fälle von Myopie an der äusseren Seite des Sehnerven eine atrophische Aderhautsichel und 4. ist durch hunderttausende von Messungen festgestellt, dass in der ganzen civilisirten Welt in den höheren Schulen die Zahl der Myopen und der Grad der Myopie von Classe zu Classe zunimmt. Hierauf wurden die bisher geltenden 4 Theorien für die Entstehung der Verlängerung der Augenaxe eingehend besprochen. Man hat entweder eine angeborene erbliche Weichheit der Sclera oder die forcirte Thätigkeit des Accommodationsmuskels oder die anhaltende Convergenz der Augen oder eine Zerrung des Sehnerven angeschuldigt. Aber alle diese Theorien haben ihre schwachen Seiten. Oft genug fehlt jede Erblichkeit, Niemand hat die präsumirte Weichheit der Sclera in früher Jugend gesehen; der Tensor chorioidea müsste eine ringförmige Atrophie der Aderhaut und keine sichelförmige erzeugen, wenn die Accommodation Ursache der Dehnung wäre; die Convergenz fehlt bei einseitig Blinden, deren anderes Auge oft myopisch wird; selbst die kürzesten



Sehnerven haben noch immer eine so grosse Abrollungsstrecke, dass sie bei der Convergenz nicht gezerrt werden. Unbefriedigt von den genannten Theorien stellte Prof. *Stilling* in Strassburg vor einem Jahre eine 5. Theorie auf, der eine Reihe höchst dankenswerther Untersuchungen über den Ansatz der Sehne des Trochlearis vorausgingen. Er fand, dass, je nachdem diese Sehne mehr wagrecht, schräg oder sagittal verliefe, der Bulbus mehr oder weniger comprimirt und so die Längsaxe ausgedehnt werde. *Stilling* ging nun weiter und meinte, dass, wenn die Trochlea recht hoch gelegen, der Druck des Muskels auf den Bulbus geringer sein müsse, als wenn sie tief liege. Eine niedrige Augenhöhle sei also die Bedingung der Myopie. Die Anthropologen nennen eine hohe Augenhöhle Hypsiconchie und eine niedrige Chamaeconchie. Das Verhältniss der Breite der vorderen Orbitalöffnung zur Höhe auf 100 berechnet, nennen sie den Index der Augenhöhle. Ist der horizontale Durchmesser der Orbita z. B. 40 Mm., der verticale 32, so ist der Index = 80; ist der verticale dagegen 36 Mm., so ist der Index = 90; jene Messung würde Chamaeconchie, diese Hypsiconchie ergeben. *Stilling* fand nun bei kurzsichtigen Schülern in Strassburg durchschnittlich einen Index von 78, bei Normalen und Uebersichtigen einen solchen von 89, mitunter war sogar die Orbita höher als breit, also Index höher als 100. Meist haben die Hypsiconchen auch schmale Gesichter, Hypsiprosopie und die Chamaeconchen breite Gesichter, Chamaeprosopie. Im Elsass fanden sich beide Typen: der langgesichtige fränkische und der breitgesichtige alemannische. Bei letzteren fand *Stilling* gegen 40%, bei den Schmalgesichtern nur 12 bis 20% Myopie. *Stilling* betrachtet also die ganze Frage der Entstehung der Myopie als eine Racenfrage und stellt als allgemein geltendes Naturgesetz auf: Hohe Orbita ist Bedingung von E und H, niedrige ist Bedingung von M. Gegen diese Anschauungen machte der Vortragende schon auf dem Heidelberger Ophthalmologen-Congress im Jahre 1888 bei vollster Anerkennung der Förderung, welche die Frage durch *Stilling's* anatomische Untersuchungen erfahren, Folgendes geltend: 1. genügen für Naturgesetze nicht 1000 Prüfungen, 10.000 ist das Mindeste; 2. sind die individuellen Schwankungen am Orbitalrande enorm, wie ihn bereits vor mehr als 20 Jahren Messungen zu exophthalmometrischen Zwecken überzeugten; 3. sind Messungen am Schädel des Lebenden schwierig und niemals fehlerfrei zu machen, Fehlerquellen von 1—2 Mm. geben aber schon grosse Unterschiede auf 100 berechnet; 4. man hüte sich, vorzeitig aus der blendend erscheinenden *Stilling*'schen Hypothese allgemeine Schlüsse zu ziehen, da dadurch, wie durch frühere Arbeiten *Stilling's*, für schulhygienische Reformen notorischer Schaden erwüchse.

Sparsame Schuldeputationen und gewisse Stockphilologen haben schon in übertreibender Weise verkündet, nach *Stilling* sei die Myopie gar keine ernst zu nehmende Krankheit, die Schulmyopie erreiche nie höhere Grade, sie sei eine nützliche Anpassung des Auges an die Naharbeit, dem Culturmenschen nöthig etc. Wozu brauche man da Tausende für gute Schulhäuser, helle Beleuchtung, richtige Subsellien und grossen Bücherdruck auszugeben? Gegenüber solchen bereits in politischen Blättern ausgesprochenen Sätzen hielt der Vortragende die grösste Vorsicht in der Generalisirung der *Stilling*'schen Befunde um so mehr für nöthig, als, falls sich wirklich bewahrheiten sollte, dass niedrige Augenhöhlen zur Myopie disponiren, wir erst recht die doppelte Aufgabe hätten, diese Augen vor den Gefahren des Naheblicks zu schützen. Bei der Debatte in Heidelberg machte Dr. *Weiss* auch sogleich geltend, dass er bei

Anisometropen keine wesentlichen Unterschiede in der Höhe der Orbita gefunden. Auch Prof. *Schmidt-Rimpler* aus Marburg betonte, wie zahlreiche Fehlerquellen die Orbitalmessungen bieten und dass er bei einer kleinen Reihe von Schülern, die progressive Myopie zeigten, keine niedrigere Orbita gefunden, als bei normalen. Er versprach, weitere Prüfungen bei einer grösseren Zahl von Schulkindern bald vorzunehmen. Diese Messungen von *Schmidt-Rimpler* sind nunmehr erschienen und betreffen 1299 Augenhöhlen. Allein die *Stilling*'schen Befunde wurden durchaus nicht bestätigt. *Schmidt* fand: 1. bei 722 E und H einen durchschnittlichen Index (i) = 94·4; bei 577 M aber statt eines bedeutend kleineren i, wie man nach *Stilling* hätte erwarten müssen, sogar noch einen etwas grösseren, i = 94·5; 2. der Höhendurchmesser der Orbita allein betrug bei 320 normalen Augen durchschnittlich 30·8 Mm., bei 220 Myopen dagegen statt bedeutend weniger, sogar wieder mehr, nämlich 31 Mm.; 3. zeigten 49 Personen, deren eines Auge E oder H war, i = 92·0, auf dem anderen kurzsichtigen Auge i = 91·2, also keine nennenswerthe Differenz; 4. wurden 1292 Augen geprüft, deren Refraction schon vor $3^1/_2$ Jahren von *Schmidt* festgestellt worden war. Von diesen hatten 831 keine Veränderung der Refraction in dieser Zeit erfahren; sie zeigten i = 94·1; dagegen waren 461 kurzsichtig oder kurzsichtiger geworden, und diese hätten doch nach *Stilling* einen ganz bedeutend niedrigeren Index haben müssen; i war aber hier sogar etwas höher, nämlich = 94·4. Die niedrige Augenhöhle bedingt also durchaus nicht Myopie. Man wird daher gut thun, aus der *Stilling*'schen Trochlearis-Hypothese, so geistreich sie klingt, keine praktischen Consequenzen zu ziehen, sondern bei der alten Erfahrung aller Augenärzte zu bleiben, dass, gleichviel wie die Augenhöhle gebaut ist, viele Nahearbeit besonders bei vorgebeugtem Kopfe und schlechtem Lichte Myopie hervorruft und vergrössert. Gewiss ist die langsame Dehnung des Bulbus in der Längsachse noch ein sehr räthselhafter Vorgang. Vermuthlich wirken Tensor chorioideae, Convergenz, Trochlearis, Kopfbeugung mit Behinderung des Blutrückflusses, Nervenzerrung und Erblichkeit zusammen. Wäre die Frage übrigens wirklich nur eine Racenfrage, so würden doch nicht die Untersuchungen in allen Ländern in den höheren Schulen eine stetige Zunahme der M-Zahl und des M Grades entsprechend der Höhe der Classe und der Menge der Nähearbeit ergeben haben. Man lasse sich also durch glänzende Theorien nicht irre machen in dem energischen Kampfe gegen die Verbreitung der Myopie, die selbst in geringen Graden stets ein Gebrechen, in hohen Graden eine wahre Krankheit ist. In den Schulen müssen alle Factoren, die Myopie erzeugen können, sorgsam beachtet werden; es ist dies eine der Hauptaufgaben der Schulärzte. Diese aber müssen zu ihren Beobachtungen und Untersuchungen Zeit haben. Bekanntlich haben sich vor 2 Jahren in Breslau 57 Aerzte bereit erklärt, unentgeltlich als Schulärzte zu fungiren. Dieses Anerbieten wies der Magistrat ab mit der für die Geschichte der Schularztfrage denkwürdigen Motivirung: „Es würde Misstrauen und Vorurtheil erwecken, wenn eine ärztliche Schulaufsicht eingeführt würde.“ (!) Vor einiger Zeit scheint der Magistrat diese Ansicht fallen gelassen zu haben, indem er einen Schularzt ernannte. In Breslau gibt es aber mehr als 1000 Classenzimmer und mehr als 50.00 Schulkinder. Ein Schularzt für diese Anzahl kann nur ein Scheinschularzt sein, auch wenn er gigantische Arbeitskraft und keine Privatpraxis besässe! Würde ein Schuldirector für 1000 Classen ausreichen? Mehr als 1000 Schüler werden in dem Auslande, wo Schul-



ärzte angestellt sind, keinem Schularzte zugewiesen, damit er während des Unterrichts jede Classe wenigstens einmal im Monate inspiciren könne. Auch für Breslau sind eine Reihe von Schulärzten nothwendig.

Kleine Mittheilungen.

673. ***Zur Kenntniss und Würdigung der Peptontherapie.*** *Von F. Betz. (Memorabilien. 1888. Heft 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 21.)*

Ein 65jähriger, seit Jahren an einer Magenerweiterung leidender Herr erkrankt in Folge eines Diätfehlers unter den Erscheinungen einer heftigen Gastritis. Um den sich daran anschliessenden grossen Schwächezustand zu heben, erhält er neben anderweitiger Diät *Kemmerich*'sches Fleischpepton — innerhalb von 8 Tagen drei Büchsen mit gutem Erfolge. Als 8 Tage nach Aufhören der Peptondarreichung zufällig der Urin untersucht wird, findet sich in demselben ein sehr reichlicher Peptongehalt.

674. ***Nephritis bei Tussis convulsiva.*** *Von Dr. Mircoli. (Gazz. degli Ospitali. 1889. 4. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 20.)*

In 45 Fällen von Keuchhusten hat Verf. 6 Mal Nephritis parenchymatosa als Folgeerkrankung constatirt; 3 Fälle endeten letal, wobei die Nekropsie die Diagnose bestätigte. Aus äusseren Gründen konnte die Untersuchung der Nieren auf Mikroorganismen nicht gemacht werden.

675. ***Congenital syphilitic affection of nails in an infarct.*** *Von Paget. (Brit. med. Journ. 2. Febr. 1889. 1466.)*

Paget demonstrirte ein 4monatliches Kind mit der von *Hutchinson* beschriebenen typisch ausgebildeten Erkrankung der Nägel an den Zehen und Fingern. Das Kind wies auch sonst die Erscheinungen der congenitalen Syphilis auf.

Jadasson.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Fromm, Dr. B., geheimer Sanitätsrath, Badearzt zu Norderney und prakt. Arzt in Berlin. Bedeutung und Gebrauchsweise der Seebäder in chronischen Krankheiten, nebst einer Skizzirung der bedeutendsten Seebadeorte, mit besonderer Rücksicht auf das Nordseebad Norderney und die daselbst erzielten Heilresultate. Siebentes und achtes Tausend. Norden und Norderney, Verlag von Hermann Braams, 1889.

Zweifel, Dr. Paul v., Professor und Director der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Universität Leipzig. Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 239 Holzschnitten und 3 Farbendrucktafeln. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

676. ***Diabetes mellitus nach Pancreasexstirpation.*** *Von **J. v. Mering** und **O. Minkowski**. Aus dem Laboratorium der med. Klinik zu Strassburg. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 23.)*

Nach Exstirpation des Pancreas tritt bei Hunden Diabetes mellitus auf. Derselbe beginnt einige Zeit nach der Operation und dauert wochenlang ohne Unterbrechung bis zum Tode der Thiere. Ausser dem Zuckergehalt im Harn beobachtet man Polyurie, grossen Durst, Heisshunger, sowie starke Abmagerung und grosse Hinfälligkeit trotz reichlicher Nahrungszufuhr. Ein Hund, welchem die Verf. das Pancreas entfernt hatten, und welcher seit 48 Stunden nüchtern war, schied 5—6proc. Zuckerharn aus. Ein Hund von 8 Kilogr. schied bei ausschliesslicher Fleischkost täglich fast 1 Liter Harn mit 6—8 Proc. Zucker aus. Nach Zufuhr von Traubenzucker betrug der Zuckergehalt des Urins vorübergehend 13 Proc. und wurde der weitaus grösste Theil des zugeführten Zuckers unverändert ausgeschieden. Erwähnt wird noch, dass der Harn der operirten Thiere nennenswerthe Mengen von Aceton enthielt. Der Zuckergehalt des Blutes ist in hohem Grade vermehrt; in einem Falle betrug derselbe 0·30 Proc., in einem anderen 0·46 Proc. Was den Glycogengehalt der Organe betrifft, so schwindet derselbe; so konnte bei einem Hunde, der 4 Wochen diabetisch war und in voller Fleischverdauung getödtet wurde, weder in der Leber, noch in den Muskeln Glycogen nachgewiesen werden. Das Ganglion solare wurde bei der Operation nicht verletzt, und es muss der Diabetes als eine directe Folge der Pancreasexstirpation aufgefasst werden. Die Transfusion des Blutes eines diabetischen Hundes in die Vene eines gesunden Thieres rief bei letzterem keine Zuckerausscheidung hervor. Erwähnt wird noch, dass bei pancreaslosen Thieren die Fettresorption in hohem Grade behindert ist, und dass auch die Ausnutzung der zugeführten Eiweissstoffe eine mangelhafte zu sein scheint.

—r.

677. ***Affection des Rückenmarkes mit psychischen Störungen einhergehend. Heilung.*** *Von Dr. **A. R. Marina**. (Sperimentale. Novemb. 1888. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 25.)*

Im Anschluss an eine acute fieberhafte Krankheit, die mit profusen Schweissen, Milzvergrösserung und verbreitetem Bronchialcatarrh einherging, übrigens der klinischen Diagnose sich

entzog, erfährt der 40 Jahre alte F. A., Hausknecht in einer Apotheke, eine zunehmende Schwäche seiner unteren Extremitäten, die sich allmälig als spastische Paraplegie ausbildet und von mehr oder weniger ausgesprochenen Coordinationsstörungen und Ausfall des Patellarreflexes begleitet wird; später treten ausser geringen spastischen Lähmungen in den Armen und Incontinenz der Blase und des Mastdarmes, sowie sexueller Impotenz Gehirnstörungen in Form von heftigen Kopfschmerzen und hartnäckigem Erbrechen mit vollständigem Gedächtnissverlust hinzu. Die Diagnose muss sich auf die vage Annahme einer diffusen Erkrankung des Hirns und Rückenmarks beschränken, da sowohl eine Polyneuritis wie eine disseminirte Herdsclerose auszuschliessen sind. Die Hirnerscheinungen glaubt Verf. — besonders in Hinsicht auf den Ausgang in Heilung — als Folgezustände einer einfachen Circulations- und Nutritionsstörung des Gehirns auffassen zu sollen, die ihrerseits von einer Erkrankung der Medulla oblongata abhängig waren. Syphilis, Alkoholismus und Nicotinmissbrauch lagen bei dem Kranken nicht vor. Die Behandlung beschränkte sich nach vorübergehender nutzloser Jodkaliumdarreichung auf die Application des absteigenden galvanischen Stromes auf's Rückenmark (10 Milliampères 5 Minuten lang, Platten von 70 Qcm. Fläche) — solatii causa! Die unverhoffte Wirkung dieser Behandlung war die entschiedene Besserung im Gebrauch der Extremitäten und Wiederkehr des Gedächtnisses nach 50 Sitzungen, endgiltige Heilung nach 200 Sitzungen.

678. ***Ueber einen Fall embolischer Verschleppung von Thrombenmaterial aus dem rechten Herzen in periphere Körperarterien.*** *Von Dr. **Hauser**. (Münchn. med. Wochenschr. 1888. 35. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 25.)*

Bei einem an acuter Nephritis verstorbenen 44jähr. Manne fanden sich bei der Section hämorrhagische Infarcte im Unterlappen der rechten Lunge und zahlreiche frische Infarcte in der Milz und besonders beider Nieren. Diese Embolien waren ausgegangen von einem Thrombus, der im rechten Vorhof sass mit einem durch das spaltförmige offene Foramen ovale hindurchgeschobenen Ende, das als ein etwa 1 Cm. langer und 4 Mm. dicker Zapfen in den linken Vorhof hineinragte. Höchst auffallend war, dass der Thrombus durch das nur wenig spaltförmig offenstehende Foramen ovale vom rechten Herzen in das linke Herz durchtreten konnte.

679. ***Fall von Bronchialcroup (Bronchitis fibrinosa).*** *Von **O. V. Petersson** in Upsala. (Ups. Läkarefören. Förhandl. Bd. XXIV. H. 1 u. 2, pag. 193.)*

Das Vorkommen fibrinöser Exsudate in den Bronchien, welche in einer den letzteren entsprechenden Form einer dichotomischen und dendritisch verzweigten Masse ausgehustet wird, gehört bekanntlich zu den grössten Seltenheiten, noch mehr wenn das Ausgehustete, wie in dem von *Petersson* beobachteten Falle, eine Länge von 14 Cm. erreicht. Der Fall verlief bei einem 18jähr. Bauernburschen unter Bluthusten, jedoch ohne Fieber und besondere Beschwerden; die Lungen und sonstigen Organe waren gesund. Eine Ursache für das Auftreten des von



dem Kranken für ausgehustete Würmer gehaltenen croupösen Exsudats konnte nicht ermittelt werden. Ob es, wie nach den bisherigen Beobachtungen nicht unwahrscheinlich ist, zu Recidiven kommen wird, bleibt abzuwarten. *Th. Husemann.*

680. ***The Diagnosis and treatment of Headaches accompanied by diminished or increased blood pressure.*** *By Prof.* ***E. Lloyd Jones****, London. (The Practitioner. May 1889.)*

Der Zufall wollte es, dass der Autor an sich die Beobachtung machte, dass sein Kopfschmerz beim Schlürfen von kaltem Wasser sich milderte, ja oft sich gänzlich verlor. Er erinnerte sich bei dieser Gelegenheit auch der physiologischen Beobachtung *Kronecker's*, nach welchem nach Schlürfen kalten Wassers der Puls beschleunigt sei. Diese beiden Thatsachen veranlassten nun den Autor, weitere Untersuchungen und Beobachtungen in Bezug auf den Zusammenhang von Blutdruck und Kopfschmerz anzustellen; dabei zeigte es sich, dass von den 200 Fällen von Kopfschmerzen, die der Autor beobachtete, ein grosser Theil sich wirklich nach Schlürfen von kaltem Wasser milderte, ein anderer Theil unverändert blieb, ja ein Theil sich verschlimmerte. Bei den diesbezüglichen Blutdruckmessungen mit dem Sphygmomanometer trat die Thatsache auffallend in den Vordergrund, dass die Besserung bei Individuen mit geringem Blutdruck, 14 bis 15 Cm. Quecksilbersäure, zu constatiren war, und dass während des Schlürfens der Blutdruck stieg, die Pulsfrequenz zunahm. Es wurde aber auch ferner beobachtet, dass nach Aufhören des Nippens der Puls zur normalen Frequenz zurückkehrte, nach einer Minute sogar abnahm, und ebenso der zu Beginn gesteigerte Blutdruck bald einen Abfall zeigte. Aus seinen Beobachtungen kommt der Autor zu folgenden Schlussbemerkungen: 1. Während des Nippens steigt der Puls, als Ausdruck der Beeinflussung des Hemmungscentrums des Vagus und demzufolge Blutdrucksteigerung. 2. Nach beendetem Schlucken nehmen die Pulsschläge wieder ab, der Blutdruck gleichfalls. 3. Vermehrung des Blutvolumens bedingt auch Blutdrucksteigerung und ist oft eine halbe Stunde nach Genuss von Wasser zu constatiren. Die Behandlung wird sich demnach nach des Autors Ansicht bei Kopfschmerz darnach zu richten haben, ob man es mit einem Individuum mit geringem oder hohem Blutdrucke zu thun hat; im ersteren Falle sind Bewegung, gute Nahrung, Stimulantien etc., in letzteren Fällen Purgantien, Amylnitrit, Nitroglycerin etc. indicirt.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

681. ***Zum Wesen des Croups und der Diphtherie.*** *Von Dr.* ***A. Kolisko*** *und Dr.* ***R. Paltauf****. (Wien. klin. Wochenschr. 1889. 8.)*

Verff. haben den Diphtheriebacillus in circa 50 Fällen von verschiedenen Formen der Erkrankung, Nasen- und Rachendiphtherie, selbstständigem Croup des Larynx und der Trachea, oder bei Diphtherie und Croup als Complication von Scarlatina, Morbillen und Typhus und in einem Falle von Diphtherie der Conjunctiva gefunden. Verff. sind der Ansicht, dass die genuinen pseudomembranösen Erkrankungen des Rachens und des Larynx ätiologisch als zusammengehörig zu betrachten sind und accep-



tiren für beide Processe den von *Senator* und *Orth* vorgeschlagenen Namen Synanche contagiosa. Nach den Untersuchungen der Verff. ist es histologisch schwer, oft nicht möglich, einen Unterschied zwischen Croup und Diphtherie zu machen. Nebst den specifischen Diphtheriebacillen fanden Verff. auch andere pathogene Organismen, und zwar besonders Ketten- und Traubencoccen. Während jedoch die Bacillen sich nur auf der Oberfläche der Pseudomembranen oder der Schleimhaut befinden, dringen diese in die Gewebe ein. Die Erklärung dafür gibt das Thierexperiment, welches zeigt, dass die Bacillen nur eine locale Entzündung erzeugen. Es müsse sich also um ein auf den Gesammtorganismus wirkendes Virus handeln. Durch Filtration von den Bacillen befreite Culturen erwiesen sich als unschädlich. Dieser Gegensatz zu dem Resultate von *Roux* und *Yersin* rührt daher, dass *Kolisko* und *Paltauf* zu junge Culturen angewendet haben. Nach den Untersuchungen der Verff. bedarf es nicht einer Verletzung der Schleimhaut, damit das diphtheritische Virus hafte, sondern die Bacillen dringen in die Epithelien ein, vielleicht bereits unter der Einwirkung des von ihnen producirten Toxines, und es bedarf nur eines geschützten Winkels, einer Schleimhautbucht, dass sie die erste Ansiedelung finden können. Solche sind naturgemäss die Krypten der Tonsillen und der *Morgagni*'schen Taschen. Für die Therapie der genuinen diphtheritisch-croupösen Entzündungsprocesse der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut ergeben sich folgende Gesichtspunkte: Würde schon die Eigenschaft des localen primären Processes, die locale Giftproduction dazu drängen, durch antiseptische Behandlung die locale Bacillenansiedlung zu zerstören, so fordern die so häufig eintretenden secundären Infectionen nothwendig dazu auf, für eine möglichste Desinfection und Reinhaltung der erkrankten Gebilde zu sorgen und dieselbe so hintanzuhalten. Vollständig verwerflich und gefährlich ist das mechanische Entfernen der Pseudomembranen oder die Anwendung ätzender, Necrosen erzeugender Substanzen, die dem Eintreten secundärer Infectionen Vorschub leisten müssen.

Schnirer, Wien.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

682. ***Ueber toxische Nebenwirkungen des Antipyrin.*** *Von* ***H. Müller.*** *(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1888. 22. — Wr. med. Wochenschr. 1889. 25.)*

Bei einem 10jähr. Mädchen trat die sogenannte conträre oder paradoxe Wirkung des Antipyrin auf, d. h. dass nach Einverleibung von Antipyrin die Temperatur in raschem Sprunge anstieg. Es sind solche Fälle bei Erwachsenen schon publicirt von *Laache*, *A. Fränkel* u. A.; *Müller's* Fall ist der erste bei einem Kinde. Dasselbe war an einem Gelenksrheumatismus erkrankt und erhielt, nachdem salicylsaures Natrium sich als wirkungslos erwiesen hatte, die für sein Alter gewiss nicht grosse Dose von



0·75 Antipyrin bei einer Temperatur von 39·5° um 10 Uhr Abends. Schon eine Stunde darnach erreichte die Temperatur die Höhe von 40·9° und war noch am nächsten Morgen um 3 Uhr 40·6°, um dann bis Nachmittags 3 Uhr auf 36·6° abzufallen. Dabei trat unmittelbar nach dem Einnehmen des Mittels Brechreiz auf, Schwindel und rasch zunehmendes Hitzegefühl im Kopfe. Dieselbe Scene wiederholte sich mit der Sicherheit eines Experimentes, so oft dem Kinde Antipyrin verabreicht wurde, so dass die Ursache dieser Fieberanfälle wirklich im Antipyrin gesucht werden muss. Manchmal kam es sogar bis zu förmlichen Collapszuständen. Dabei war die Wirkung des Mittels auf die Schmerzen und die Gelenksaffection bald eine überraschend günstige. Aehnliche Fieberanfälle wurden auch schon nach dem Gebrauche von Salicylsäure, sowie von Chinin beobachtet. Als Erklärung für diese auffallende Erscheinung schliesst sich *Müller* der zuerst von *Tomaselli* geäusserten und von *Erb* acceptirten Ansicht an, dass die Temperatursteigerung durch eine direct toxische, neuroparalytische Wirkung erzeugt werde; es wird ein perverser Reiz auf das Centralnervensystem ausgeübt. Allerdings ist hiermit die letzte Ursache der perversen Wirkung auch nicht erklärt.

683. ***Ein Fall von Sulfonal-Exanthem.*** *Von Dr.* ***G. Merkel.*** *Mitgetheilt im ärztl. Localverein in Nürnberg am 6. Dec. 1888. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 26.)*

Der Fall betrifft einen jungen Mann, der an Cerebrospinal-Meningitis erkrankt war und im städtischen Krankenhause behandelt wurde. Derselbe hatte am 25. und 26. November je 1·0 Gr., am 29. und 30. November je 2·0 Gr. Sulfonal genommen. Am 1. December trat symmetrisch ein kleinfleckiges Exanthem von scharlachrother Farbe um die Achselhöhlen und Inguinalfalten auf, welches sich auf die Aussenflächen der Schulter und Oberarme, sowie der Oberschenkel ausbreitete und zu grossen rothen Flächen zusammenfloss. Das Exanthem blasste langsam ab und war in einigen Tagen verschwunden; erst später trat eine leichte kleienförmige Abschuppung ein. Das Exanthem entsprach ganz genau demjenigen, das jüngst von *Engelmann* in der Münchner medicinischen Wochenschrift beschrieben wurde. In zwei anderen Fällen wurde eine auch von anderer Seite schon mehrmals beobachtete, verspätete Sulfonalwirkung constatirt, indem in diesen die gewünschte fast achtstündige Wirkung erst am nächsten Morgen — 10 Stunden nach dem Einnehmen von 1·5, resp. 2·0 Gr. des Mittels — eintrat.

684. ***Morphin in Uraemia.*** *Von Dr.* ***Stephan Mackenzie.*** *(The Practitioner. May 1889.)*

Verf. sucht den auffallend günstigen Einfluss von Morphiuminjectionen in urämischen Zuständen nachzuweisen und führt diesbezüglich einen einschlägigen sehr belehrenden Fall an, den wir indessen nicht in extenso mittheilen wollen, nur soviel, dass es sich um einen sehr schweren chronischen Morb. Bright. handelte, mit beträchtlichem Alb. Anasarca, Hypertr. ventr. sinistr., Insuff. val mitr. etc. Zur Linderung der alarmirenden urämischen Erscheinungen genügte eine Injection von 0·01 Morph. mur., während früher viel grössere Gaben von Morph. Chloral etc., intern genommen, keine Linderung brachten. Die Morphiuminjec-



tionen wirkten stets bestimmt und sicher, so dass der Autor sagt „it would be given with eyes open to its possible danger". Die Erklärung dieser günstigen Wirkung glaubt der Autor darin zu finden, dass das Morphium den den urämischen Process bedingenden Giften entgegenwirkt, also Gegengift ist, und die spastische Gefässcontraction, veranlasst durch die Blutgifte, behebt.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

685. ***Ueber Sulfonal.*** *Beobachtungen aus der medicinischen Klinik zu Upsala. Mitgetheilt von* **C. H. Leczinski.** *(Upsala Läkareförer. Förhandl. 1889. Bd. XXIV, H. 5, pag. 319.)*

Die auf *Henschen's* Klinik unternommenen Versuche mit Sulfonal bestätigen die Unzulänglichkeit des neuen Mittels als Hypnoticum, namentlich in solchen Fällen, in welchen Schmerzen die hauptsächlichste Ursache der Schlaflosigkeit darstellen. Dagegen zeigte es bei einzelnen Kranken entschiedene Vorzüge vor Chloralhydrat dadurch, dass es häufig bei Phthisis laryngea Schmerzen im Halse und Hustenreiz hervorrief, was Sulfonal nicht thut. Auch bei Alkoholisten erzeugte es ruhigen Schlaf und besonders günstig wirkte es bei Neurasthenie. Bei vielen Kranken war auch die zweite Nacht gut, ohne dass das Mittel repetirt wurde. Von Nebenwirkungen wurde ein bis jetzt beim Sulfonal selten beobachtetes Exanthem bei einer Puerpera phthisica, die längere Zeit allabendlich 1—2 Gr. nahm, notirt. Es handelt sich um ein zuerst im Gesicht aufgetretenes, später auf Rumpf, Arme und Oberschenkel sich verbreitendes masernähnliches Exanthem, das sich unter mässigen Fiebererscheinungen entwickelte und am 3. Tage abblasste und ohne besondere Desquamation am 4. Tage verschwand. In mehreren Fällen, in welchen Sulfonal längere Zeit gegeben wurde, brauchte die Dosis nicht gesteigert zu werden.

Th. Husemann.

686. ***Ueber conträre Wirkung antipyretischer Mittel.*** *Von Prof.* **S. E. Henschen.** *(Upsala Läkareförenings Förhandl. Bd. XXIV. H. 4, pag. 263.)*

Nach den von *Henschen* im Akademischen Krankenhause zu Upsala gesammelten Erfahrungen ist das Vorkommen sog. conträrer Wirkungen antipyretischer Mittel nicht so selten, wie man bisher annimmt. Am häufigsten beobachtete er dieselben bei Versuchen mit Chinolin, mehrmals nach Antipyrin, auch nach Antifebrin und Phenacetin, dagegen nicht nach Thallin und Phenacetin. Zu Steigerungen der Temperatur, wie sie *Laache* nach Antipyrin beobachtete, wo die Wärme von 38·2° auf 40·6° sich erhob, kam es in keinem der Fälle, vielmehr handelte es sich um rasch nach dem Mittel eintretende Zunahme von einigen Decigraden, die ihre Acme in einigen Stunden erreichte und dann einem allmäligen Absinken bis unter die Norm Platz machte. *Henschen* ist der Ansicht, dass die Erklärung der conträren Wirkung nicht für alle Fälle dieselbe sei. In manchen Fällen mag es sich um spontane Steigerung handeln, doch ist dies für einzelne seiner Beobachtungen mit Bestimmtheit ausgeschlossen, da das Antipyreticum absichtlich zu einer Zeit gegeben wurde, wo die Stunde der normalen Fiebersteigerung bereits vorüber war. In anderen Fällen kann die Erscheinung als Folge von Irritation gewisser Körper-



partien aufgefasst werden. So in manchen Chinolinfällen, wo nach einiger Zeit Erbrechen oder Abführen folgte und wo meist grosse Dosen gegeben waren, so dass man von einer Intoxication reden könnte, vielleicht auch in *Laache's* Fall, wo es zu einem ausgedehnten Exantheme und schliesslich zu wirklicher Collapstemperatur kam. Exantheme waren bei *Henschen's* Fällen nicht vorhanden, obschon er solche, aber in Fällen, wo Chinolin normal die Temperatur beeinflusste, ebenfalls beobachtete. Die conträre Wirkung stellte sich übrigens in mehreren Fällen bei denselben Kranken wiederholt nach den Mitteln ein und spielt also die Individualität ganz bestimmt eine besondere Rolle. Von Bedeutung für die Erklärung erscheint ausserdem der Umstand, dass nach den Beobachtungen von *Geigel* in Würzburg überhaupt nach Antipyrin und Antifebrin zuerst eine Erhöhung der Hauttemperatur erfolgt, welche später mit dem Eintritte von Schweiss rasch beseitigt wird, und es wäre denkbar, dass die Verzögerung des Eintrittes der Diaphorese bei einzelnen Individuen auch eine längere Dauer der Temperatursteigerung im Gefolge hätte und dadurch die Ursache einer conträren Wirkung würde.

Th. Husemann.

687. ***Ausscheidung der Salicylsäure.*** *Von Dr. Chopin. (Bullet. génér. de Thérap. 1889. Febr. — Therap. Monatsh. 1889. 6.)*

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, mittelst verschiedenartiger, dem Körper zugeführter Arzneistoffe, deren Nachweis im Urin leicht möglich ist, eine Theorie über die Gesetzmässigkeit der Nierensecretion, und zwar der gesunden und kranken Niere, herzustellen, dabei den etwaigen Einfluss dieser Stoffe auf die Secretion zu berücksichtigen, schliesslich quantitative Bestimmungen der durch die Nieren ausgeschiedenen und im Körper zurückgehaltenen Substanz vorzunehmen. Zunächst wird die Salicylsäure daraufhin untersucht, deren Nachweis bereits im Verhältniss von 1 : 1 Million mit Liq. ferr. sesquichl. gelingt. Verf. findet bei Gesunden insgesammt 80 Procent der eingeführten Salicylsäure wieder. Dieselbe wird übrigens theilweise vor der Ausscheidung gespalten, so dass sich im Harn neben der Salicylsäure die stickstoffhältige und weniger flüchtige Salicylursäure, wenn auch in geringerer Menge, findet, daneben auch noch häufig Salicin und Spuren von Oxalsäure. Falls 1 Gr. Salicylsäure (gleichviel ob per os, per anum oder subcutan) gegeben wird, so erscheint sie nach 15 Minuten schon im Harn und verschwindet nach 38 Stunden. Bei Kindern tritt der Beginn und das Ende der Ausscheidung schneller ein und es ist die ausgeschiedene Menge procentisch noch grösser. Bei Greisen ist das Verhalten umgekehrt, ausserdem tritt leicht Albuminurie ein. Bei gesunden und chronisch erkrankten Nieren wirkt die Salicylsäure diuretisch, in letzterem Falle vermehrt sich jedoch auch der Eiweissgehalt. Bei acuten Nierenentzündungen vermindert sich dagegen die Secretion. Sie wird bei allen Nierenerkrankungen später, länger und weniger vollständig als normaler Weise ausgeschieden, dabei findet eine relative Vermehrung der Salicylursäure statt, was Verf. durch vermehrte Stickstoffaufnahme in Folge des längeren Verweilens in den Geweben erklärt.



688. ***Naphthalin und Typhus.*** *Von Doc. Dr.* ***E. Sehrwald.*** *Aus dem Laboratorium der med. Klinik des Prof. Dr. Rossbach. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 21. 22.)*

Verfasser stellte sich die Aufgabe zu untersuchen, ob die nachweisbare Einwirkung des Naphthalins auf den Typhusbacillus eine solche ist, dass die von *Rossbach* empfohlene Anwendung des Naphthalins gegen Typhus, welche durch *Fürbringer's* Mittheilungen unterbrochen wurde, wieder aufgenommen zu werden verdient. Verf. gelangte nun auf Grund bacteriologischer Untersuchungen zu folgenden Resultaten, welche ihn zu dem Schluss berechtigen, dass eine probeweise Verordnung des Naphthalins für die Behandlung des Abdominaltyphus thatsächlich zu empfehlen sei.

Jene Resultate sind: 1. Das Naphthalin in Substanz wirkt auf die Mikroorganismen der Fäulniss, der Fäcalien und des Typhus entwicklungshemmend bei Zimmertemperatur, aber nur in geringem Grade. 2. Vergrösserung der Oberfläche des Naphthalinpulvers erhöht in entsprechendem Masse seine Desinfectionskraft. Dauerndes Durchschütteln der naphthalinhaltigen Flüssigkeiten wirkt in gleichem Sinne. 3. Bei Erhöhung der Temperatur auf Körperwärme ist der Einfluss des Naphthalins auf alle genannten Bacterienarten ein ganz bedeutend intensiverer und es wird damit äusserst wahrscheinlich, dass das Naphthalin vorwiegend als Gas schädigend und vernichtend auf die Keime wirkt. 4. Das Naphthalin als gasförmiges Desinficiens muss in Flüssigkeiten die aëroben Arten energischer, als die anaëroben beeinflussen. Ebenso vermag es Keime, die auf festen Nährböden vegetiren, ausgiebiger anzugreifen, als solche, die in Flüssigkeiten leben. 5. Die Bedingungen für eine Naphthalinwirkung sind im Darm viel günstiger als im Reagensglas, da im Darm nicht nur durch die Körperwärme eine starke Verdunstung desselben bedingt, sondern auch durch die Peristaltik der flüssige Darminhalt dauernd in Bewegung gehalten wird und dadurch immer neue Theile der Flüssigkeit mit dem Naphthalingas in Contact kommen. 6. Naphthalin ausserhalb des Körpers zu Fäcalmassen hinzugesetzt, vermindert deren Keimgehalt etwa um die Hälfte. Innerlich dargereicht, drückt es die Keimzahl der Fäces anfangs auf $^1/_3$—$^1/_4$ der ursprünglichen herab, die Zahl steigt dann allmälig aber wieder fast zur vorigen Höhe, wohl durch die stärkere Entwicklung von Keimen, die resistenter gegen das Naphthalin sind. 7. Auf die Bacterien der Typhusstühle wirkt das Naphthalin noch sehr viel energischer und vermindert sie selbst um das 10fache. Auch die nach Calomeldarreichung im Typhusstuhl noch vorhandenen Keime werden sehr stark vom Naphthalin geschädigt. 8. Da der Typhus als Mischinfection aufzufassen ist, ist schon in Folge dieser Einwirkung die Darreichung von Naphthalin vom Beginn des Typhus an durchaus geboten. Da das Naphthalingas bei Körpertemperatur aber auch die Typhusbacillen stark in ihrem Wachsthum zu hemmen vermag, gewinnt seine therapeutische Verwendung noch wesentlich an Berechtigung. 9. Da auch das Calomel auf einen Theil der Fäcalbacterien beim Typhus desinficirend wirkt, andere Arten hingegen, die dafür der Naphthalinwirkung zugänglicher sind, verschont, würde die möglichst frühzeitige combinirte Darreichung von Naphthalin plus Calomel



beim Typhus zunächst als das Rationellste erscheinen müssen. 10. Das in den Darm gebrachte Naphthalin wird zum Theil resorbirt, im Körper umgewandelt und durch den Urin ausgeschieden. Die im Blut und Urin vorhandenen Umwandlungsproducte des Naphthalins vermögen auf die Typhuskeime keinerlei hemmenden Einfluss auszuüben. —*r*.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

689 ***Natriumbromid bei Acne ovarialen Ursprungs.*** *Von Dr. **Arthur Jamison.** (The Practitioner. May 1889.)*

In vorliegender Arbeit will der Autor die Aufmerksamkeit auf die Behandlung einiger Acneformen, statt der gebräuchlichen localen Behandlung mit dem innerlichen Gebrauche von Natr. bromat., lenken. Besonders günstig zeigte sich diese Therapie bei Acne mit ovarialen Beschwerden, unregelmässiger reichlicher Menses, Kreuzschmerzen etc. Diesbezüglich theilt der Autor einige interessante und überzeugende Fälle mit, in welchen die Patienten sich „with faces covered with marks of every stage of acne old cicatrical scars, tubercules, pustules, papules, and the black specks of the youngest generation“ vorstellten, und bei welchen jede locale Therapie fruchtlos war. Der Gebrauch von Natr. bromat., 3mal täglich 0·5 in einem Inf. gentian. oder dergleichen, hat nach einem Monate das ganze Aussehen gebessert, die abnormen Menstruationsverhältnisse günstig beeinflusst. Zeigten sich nach Aussetzen der Therapie die Erscheinungen wieder, so wurden dieselben durch neuerliche Anwendung des Mittels zum Schwinden gebracht, so dass kein Zweifel an die günstige Beeinflussung oblag. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

690. ***Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses.*** *Von Dr. **L. Landau.** (Volkmann's klin. Vorträge. 338.)*

Bei der Erkenntniss der Anfänge des Carcinoms hat das Mikroskop, resp. der Mikrograph die Führerrolle übernommen. Am beweiskräftigsten für den enormen Werth der mikroskopischen Technik im Dienste der Medicin sind jene Fälle, in welchen bei zweifelhaftem klinischem Befunde auf Grund der mikroskopischen Diagnose die Radicaloperation vorgenommen wurde und dann ein Recidiv auftrat. Sorgfältige Publication solcher ohnehin seltenen Fälle wäre äusserst wünschenswerth, um zu beweisen, dass da, wo die klinische Beobachtung mit ihren Schlüssen aufhört, die mikroskopische Diagnose mit voller Sicherheit eintritt. Für die Statistik geheilter Carcinomfälle muss die Richtigkeit der mikroskopischen Diagnose auf das allerstrengste geprüft werden, um vor der strengen Kritik bestehen zu können. Die hier vorkommenden Trug- und Fehlschlüsse sind in vielen Fällen nicht persönlicher Art, sondern bedingt durch die Zwei- und Mehrdeutigkeit vieler anatomischer Bilder, und durch unsere noch unzulängliche Kenntniss des Carcinoms. Diesbezügliche, meist rein technische Schwierigkeiten ergeben sich weniger bei Carcinomen an der Portio vaginalis, als vielmehr bei Corpuscarcinomen. Nach einer sehr interessanten klaren Auseinandersetzung dieser



leidigen Thatsachen erklärt Verf. die mikroskopische Diagnostik beginnender maligner Neubildungen für ebenso wenig exact und eindeutig, wie dies von jeder anderen bisherigen Untersuchungsmethode gilt. Erst wenn spätere Forschungen etwa einen deutlich erkennbaren Carcinomerreger aufweisen, oder wenn der schon lange vergeblich gehegte Wunsch nach Auffindung specifischer Carcinomzellen erfüllt sein sollte, wird die mikroskopische Diagnose eine wirksamere Methode darbieten, als es jede andere ist. Erst dann werden wir ein beginnendes Carcinom im mikroskopischen Sinne erkennen und kennen können. Ebenso interessant und reich an persönlichen Beobachtungen und Anschauungen des Verf. als der diagnostische Theil der Arbeit ist auch der der Therapie gewidmete zweite Abschnitt. Der Hauptstreit der modernen Gynäkologen dreht sich um die Frage, ob man beim Portiokrebs die Totalexstirpation oder die hohe Amputation vorziehen soll; Verf. bekennt sich unbedingt als Freund der ersteren Operation und entwickelt seinen Standpunkt in dieser Frage. Nach ausführlicher Schilderung der von ihm gepflogenen Operationsmethode streift er kurz die Frage der definitiven Heilbarkeit des Uteruskrebses durch die Operation, betont die grosse physische und moralische Erleichterung der Operirten, selbst im Falle späterer Recidive. Den Schluss der vorzüglichen Arbeit bildet eine kurze Schilderung der symptomatischen Behandlung derjenigen Fälle, die dem chirurgischen Eingriffe keine Chancen mehr bieten. Dies ist der Fall, wenn das parametrane Gewebe, die hintere Blasenwand ergriffen oder der Uterus, wenn auch nur durch Entzündungen, starr fixirt und absolut unbeweglich ist. Hier tritt der scharfe Löffel mit folgendem Aetzen des Grundes in seine Rechte ein, wobei Verf. nur die Rothglühhitze anwendet. Absolut verlorene Fälle soll man der unerträglichen Schmerzen wegen zu Morphinisten machen. *v. Buschman.*

691. ***Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits.*** *Von* **Glaevecke** *in Kiel. (Archiv f. Gyn. 35. I.)*

An der Hand von 38 Castrationen und sechs doppelseitigen Ovariotomien, welche in den letzten Jahren in der Kieler Klinik ausgeführt wurden, hat Verf. Folgendes eruiren können. In 88 Procent erlosch die Menstruation entweder sofort oder später, in 12 Procent wurde sie erheblich seltener und spärlicher. Verf. ist der Ansicht, dass der Anstoss zur Menstruation immer vom Ovarium gegeben wird. Wird das Ovarium beiderseits entfernt, so erlischt natürlicherweise auch die Menstruation. Vicariirende Blutungen waren selten und alsdann auch unbedeutend. In ungefähr der Hälfte der Fälle traten zur Zeit der nicht wiederkehrenden Menstruation Molimina menstrualia auf. Verf. erklärt dieselben so, dass nach der Fortnahme der Ovarien eine zeitlang periodisch alle vier Wochen ein Reiz von den bei der Menstruation thätigen Nervencentren nach dem Uterus hin stattfindet und hier Hyperämie hervorruft. Nach der Castration treten die Beschwerden des Climacteriums auf als heisse Uebergiessungen, Schweisse, Kopfschmerzen, Schwindel, Fluor albus etc. Ferner atrophiren Uterus und Vagina. Myomata uteri atrophiren nach



der Castration. In 42 Procent aller Fälle trat mehr oder weniger eine starke Körperfülle auf. Die Libido sexualis blieb nur in der Minderzahl erhalten. Auf geistigem Gebiete konnte Verf. fast immer eine Bedrückung des Gemüthszustandes nachweisen. Oft steigerte sich dieselbe bis zur ausgesprochenen Melancholie. In drei Fällen ging sie in wirkliche Psychose über. Das Hauptresumé lautet: Die Frau tritt durch die Castration vor der Zeit in das climacterische Alter. Ueber körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Organismus bei künstlichem Verluste des Uterus berichtet Verf. im folgenden Abschnitte an der Hand von 14 Totalexstirpationen des Uterus bei Erhaltung der Ovarien. Die Folgezustände waren gering. Es stellen sich in dem ersten Jahre Molimina menstrualia ein, die aber allmälig abklingen und nach Jahresfrist verschwinden. In einigen Fällen entwickelt sich ein Hang zur Melancholie, der manchmal zur Psychose führt.

v. Swiecicki.

692. ***Demonstration eines Angioma cavernosum pendulum der Mammilla.*** *Von Dr.* ***P. Sendler*** *in Magdeburg. (Vom 18. Congr. d. deutschen Gesellsch. f. Chir. — Deutsche med. Wochenschr. 1889. 25.)*

Von der Spitze der rechten Brustwarze einer 45jährigen Jungfrau hängt an einem kurzen Stiel ganz frei wie ein Orden eine Geschwulst von runder, flacher Form und der ungefähren Grösse eines Zweithalerstückes. Dieselbe ist angeboren, im Laufe der Jahre langsam gewachsen, hat eine weiche elastische Consistenz und einen vielfach gelappten Bau und ist von normaler Haut überzogen, die zahlreiche feine Gefässramificationen aufweist. Zur Zeit der Menstruation schwoll das Gebilde unter ziehenden Schmerzen in der rechten Brust, die übrigens wohlgebildet und gesund war, jedesmal bis auf seine doppelte Grösse an und entleerte einen bräunlichen Saft durch die Mammilla hindurch. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild eines cavernösen Angioms. Einzelne Vacuolen waren noch von rothen Blutkörperchen erfüllt. Der Stiel enthielt Gefässe. Die Geschwulst verdient Interesse wegen ihres Sitzes, weil primäre Geschwulstbildungen an der Brustwarze zu den grössten Seltenheiten gehören, und ist in ihrer Art vielleicht ein Unicum, da speciell ein Angiom an dieser Stelle noch nicht beschrieben zu sein scheint.

693. ***Ueber die Technik und den Werth von Schleimhautübertragungen.*** *Von Prof.* ***A. Wölfler*** *in Graz. (Langenbeck's Archiv. 37. 4. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 20.)*

Verf. berichtet über erfolgreiche Versuche, Schleimhautdefecte durch Transplantation von (menschlichen und thierischen) Schleimhautlappen nach der von *Thiersch* für die Oberhaut ausgebildeten Methode zu ersetzen. Die zu verpflanzenden Lappen wurden einem Prolapsus uteri, einem Prolapsus recti, der Schleimhaut des Froschmagens, der Speiseröhre der Taube und des Kaninchens und der Kaninchenblase entnommen. Es zeigte sich, dass menschliche Schleimhautlappen, in specie von jugendlichen Individuen, fast ebenso sicher haften, wie die Epidermis, am besten auf 3—4 Tage alten Wunden. Auch die Haftbarkeit von thierischen Schleimhäuten auf menschlichen Nährböden ist mit



Sicherheit erwiesen; über ihre Dauerhaftigkeit wird eine weitere Erfahrung zu entscheiden haben. Verf.'s Erfahrungen erstrecken sich auf 3 Fälle von impermeablen Harnröhrenstricturen, 2 Blepharo-, 1 Rhino- und 1 Meloplastik. Die Resultate beweisen, dass eine Verwachsung der Wände durch Austapezirung mit Schleimhaut sich mit Sicherheit vermeiden lässt. Dagegen kann man eine Schrumpfung der die transplantirte Schleimhaut umgebenden Narbenmassen nur durch längere mechanische Nachbehandlung verhindern.

694. ***Cocaïninjection bei spastischen Gelenkscontracturen.*** *Von Doc. Dr.* **Lorenz**. *(Wiener klin. Wochenschr. 1889. 9. — Centralbl. f. Chir. 1889. 23.)*

Bei primär entzündlichen Contracturen der Gelenke, in jenen Fällen also, wo als unmittelbare Folge einer entzündlichen Reizung oder einer Entzündung irgend eines der Gelenksconstituentien eine Gelenkscontractur entsteht, empfiehlt *Lorenz* als einfachstes und sicher zum Ziele führendes Verfahren zur Beseitigung der Muskelspasmen und der Contracturstellung Cocaïninjection in den betreffenden Gelenksraum. *Lorenz* benutzt hierzu eine gewöhnliche *Pravaz*'sche Spritze mit einer etwas längeren Nadel und injicirt unter antiseptischen Kautelen eine halbe oder eine ganze Spritze einer 10procentigen Cocaïnlösung in das fixirte Gelenk. Nach der Injection verschwindet momentan der Schmerz, und nach wenigen Minuten kann man das contracte Gelenk in die gewünschte Correcturstellung überführen und in derselben fixiren oder extendiren. Besonders empfohlen wird das Verfahren für das Redressement des spastischen Plattfusses. Kinder vertragen das Cocaïn sehr gut; bei Erwachsenen ist Vorsicht räthlich, und genügen oft wenige Centigramm zur Erzielung des Zweckes. An der *Albert*'schen Klinik wird bei primär entzündlichen Contracturen niemals mehr die allgemeine Narcose in Anwendung gezogen.

695. ***Empyem mit Lungengangrän, behandelt durch Perflation.*** *Von* **W. Ewart**. *(Med.-chir. Transact. 1887. — Centralbl. f. Chir. 1889. 23.)*

Der 11jährige Knabe war am Ende der vierten Woche eines Typhus von Erscheinungen einer Peritonitis und, als diese fünf Tage später nachliess, von denen eines linksseitigen Pleuraexsudates befallen worden. Hochgradiger Kräfteverfall und Athemnoth, sowie hectisches Fieber machten schon bald die Punction und, als diese Eiter ergab, die Incision erforderlich. Es ward ein Schnitt in der Axillarlinie des 5. Intercostalraumes, ein zweiter hinten im 9. angelegt, ein durchgehendes Drain eingeführt und ein klappenartiger Verband übergelegt. Vom vierten Tage an, wegen stinkenden Eiters, Einführung von zwei kurzen Drains und Einblasung von mittelst Durchstreichens durch 10procentige Carbollösung desinficirter Luft mit dem *Richardson*'schen Gebläse. Um das zuführende Drain wurde dabei die Wundöffnung zusammengepresst und schon nach kurzer Zeit entleerte sich neben vielen Membranen und fötidem Eiter ein 2 Cm. grosser Lungensequester aus der hinteren Oeffnung, obwohl er dieselbe nur mit Mühe zu durchsetzen vermochte.



Eine derartige Perflation wurde nun täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang angewendet und dabei rasche Abnahme der Eiterung und treffliche Ausdehnung der Lunge beobachtet. Vier Wochen p. op. definitive Heilung; Vesiculärathmen über der ganzen linken Lunge, Brustumfang links nur um $^2/_8$ Zoll kleiner als rechts. Ist nur eine Wunde vorhanden, so genügt es vollständig, die Einblasung mit einem recht langen Drain anzustellen, denn gegenüber den Injectionen von Flüssigkeiten (die ja an sich schon nicht ungefährlich sind) hat die Luft den Vorzug, in alle todten Räume einzudringen und als leichter Körper alle Secrete und Partikel niederzuschlagen, so dass sie an die abhängigsten Stellen gelangen. Es wird dabei auch die Lunge nicht mit starkem Gewicht (wie bei Flüssigkeiten) belastet und ist das Ein- und Auslassen der Luft weit weniger anstrengend und unangenehm für den Patienten. Endlich scheint auch die wiederholte vollständige Austrocknung der Wundhöhle (wie es schon *Roser* vermuthete) einen sehr günstigen Einfluss auf die Granulationsbildung, resp. Vernarbung derselben auszuüben. In diesem Sinne ist ja von manchen Beobachtern schon die Anblasung von zu Tage liegenden Wundflächen empfohlen worden.

696. ***Ueber Blutansammlung im verschlossenen Uterovaginalcanale und die Salpingotomie.*** *Von* **Leopold** *in Dresden. (Archiv f. Gyn. 34. 3. 371.)*

Leopold theilt folgende Fälle aus seiner Klinik mit. Eine 21jährige Virgo litt an sehr starken Moliminibus. Bei der Untersuchung fand man eine blind endende kurze Vagina, den Uterus vergrössert, von seinem linken Horne abgehend eine pralle, rundliche, wurstförmige Geschwulst. Die rechte Tuba war nur mässig geschwellt. Beide Ovarien waren geschwollen, das linke weniger als das rechte, und beide beschränkt beweglich. Nachdem der Versuch, eine Vagina zu bilden und von hier aus den Uterus seines Contentums zu entleeren, misslang, wurde 18 Wochen später die Laparotomie vorgenommen. Man fand den Uterus, sowie das rechte Ovarium vergrössert, die rechte Tuba aber nur mässig vergrössert. Es wurde das rechte Ovarium mit seiner Tuba entfernt. Die linke Tuba war wurstartig bedeutend erweitert und gleichzeitig an die Beckenwand, das Mesenterium und eine Dünndarmschlinge angewachsen. Die Tuba wurde in zwei Partien abgebunden, entleert und hierauf mit ihrem Ovarium exstirpirt. Die Kranke genas. Der zweite Fall betraf einen Hymenalverschluss mit consecutivem Hämatocolpos, Hämatometra und beiderseitigem Hämatosalpinx. Das Hymen wurde eröffnet, dessen Wunde mit Seidenfaden umsäumt, worauf in die Vagina ein Glasdrain kam und der Abfluss des Blutes sich selbst überlassen blieb. Vaginalausspülungen wurden keine vorgenommen und musste die Kranke die strengste Bettruhe einhalten. Nach 14 Tagen war die Kranke genesen. Der dritte Fall glich dem zweiten und ging ebenfalls in Genesung aus, nachdem der Glasdrain sechs Tage gelegen war. Im vierten Falle stellten sich Molimina bei einer Person ein, die schon einmal geboren hatte. Bei dieser Kranken fand sich rechts neben dem Uterus und mit ihm durch einen kleinen Strang verbunden, ein apfelgrosser harter Tumor, der für ein subseröses Myom, oder das entzündete rechte

Ovarium gehalten wurde. Bei der vorgenommenen Laparotomie entpuppte sich dieser Tumor als ein rechtes rudimentäres Nebenhorn, welches, dicker als das linke Horn, mit breitem Stiele in der Gegend des inneren Muttermundes mit dem linken Horn in Verbindung stand. Ovarien und Tuben waren beiderseits normal. Auf das hin wurde von jedem Eingriff abgestanden und die Bauchwunde verschlossen. Da sich bald darauf die Molimina in erhöhter Stärke wieder einstellten und die Kranke eine Eröffnung des verschlossenen Nebenhornes von der Vagina aus verweigerte, wurde 29 Wochen später abermals laparotomirt und das linke, sowie rechte Ovarium mit seiner Tuba operativ entfernt. Das rechte Uterushorn zeigte sich diesmal grösser und praller, als früher, Tuba und Ovarium der rechten Seite waren untereinander und mit Darmschlingen verlöthet. Die Kranke genas binnen Kurzem und war von ihrem früheren Leiden dauernd befreit. Man hat nach *Leopold*, wenn man das retenirte Blut von der Vagina aus entleeren kann, dies zu thun, doch darf man nur einen schmalen Einstich machen, keine Ausspülung vornehmen und muss die Kranke die strengste Ruhe einhalten. Verschwinden auf diesen Eingriff hin die geschwellten Tubensäcke nicht, oder füllen sie sich bei der nächsten Menstruation wieder an, so sind sie per laparotomiam zu entfernen. Bei Mangel der Scheide versuche man eine solche zu bilden und das retenirte Blut von unten aus zu entleeren. Gelingt dies nicht, so entferne man auch hier die Tubensäcke mit den Ovarien. Gelingt es aber und bleiben die Tubensäcke dennoch gefüllt, trotz der Entleerung des Uterus und der Vagina, oder füllen sie sich später wieder, so muss auch die Exstirpation der tubaren Blutsäcke vorgenommen werden. Bei Verdoppelung des Uterovaginalcanales und einseitigem Hämatosalpinx ist gleichfalls dieser tubare Blutsack zu entfernen.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

697. ***Progressive Augenmuskellähmung.*** *Von Prof.* ***Westphal.*** *Demonstration in der Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh. (D. Med.-Ztg. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. 7.)*

Westphal fand in einem Falle von progressiver Augenmuskellähmung eine colossale Hyperämie des Oculomotoriuskernes mit zahlreichen kleinen Blutextravasaten, nicht ganz so hochgradige Blutfülle mit Abducenskern. Bezüglich des Trochlearis steht die Untersuchung noch aus. Wahrscheinlich handelte es sich hier um ein sehr frühes Stadium des Processes, wenngleich Ueberreste von vorhergegangenen Blutextravasaten sonst nirgends aufzufinden waren. *Westphal* stellte auch einen an multipler Sclerose leidenden Mann mit progressiver Augenmuskellähmung vor. Beim Blick nach links gelangte das linke Auge nur unter zitternden Bewegungen bis zum äusseren Winkel, das rechte kam nur wenig über die Mittellinie hinaus; der Blick nach unten war, rechts mehr als links, beschränkt. Beim Blick nach rechts kamen beide Augen nicht viel über die Mittellinie hinaus; das rechte schnellte nur

einen Augenblick darüber hinaus, die Convergenz war unvollkommen; dabei contrahiren sich die mittelweiten Pupillen nur wenig, während auf Lichteinfall eine normale Contraction erfolgt.

698. ***Zur Therapie der syphilitischen Augenleiden.*** *Von* ***P. Silex.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1888. 43. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 1.)*

Verfasser kommt auf Grund seiner viele Jahre hindurch fortgesetzten Beobachtungen an Patienten, die mit specifischen Augenleiden behaftet waren, zu dem Schlusse, dass die beste Behandlungsmethode der Syphilis die mit einer Schwitzcur combinirte Schmiercur sei, der ein Gebrauch von circa 80 Grm. Jodkalium zu folgen habe. Sublimat- und Calomelinjectionen geben nicht den gleich guten Erfolg. 14 Patienten, die mit Sublimatinjectionen behandelt worden waren, acquirirten in spätestens $1^1/_2$ Jahren specifische Augenübel, während unter 50 anderen, die ihre Lues bis zum Auftreten der Augenerkrankung vernachlässigt hatten, dann aber jener angedeuteten Cur unterworfen wurden, 24 mindestens $1^1/_2$ Jahre frei von irgend welchen Erscheinungen blieben; die übrigen 26 bekamen theils leichte Recidive, zum Theil entzogen sie sich der Controle. — Bei der mit hereditärer Lues häufig im Zusammenhang stehenden interstitiellen Keratitis wurden die besten Erfolge mit Jodkalium erzielt. — Schliesslich betont Verfasser, dass man zur Vermeidung von Täuschungen über die mit einem Mittel erreichten Resultate nicht jedes Augenleiden, welches bei einem Syphilitischen vorkommt, mit der Syphilis in ätiologischen Zusammenhang bringen dürfe.

699. ***Ueber den elektrischen Augenspiegel.*** *Von Dr.* ***Schweigger.*** *Vortrag in der Berl. phys. Gesellsch. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1889. 5.)*

Wenn wir ein kleines oben und an der Rückseite gedecktes Glühlicht so vor unser Auge halten, dass es einen Theil unseres Pupillargebietes einnimmt, können wir damit ein gegenüberstehendes Auge durchleuchten. Dieses einfache Verfahren genügt zur Untersuchung im umgekehrten Bild; wünscht man eine grössere Lichtstärke, so kann man das Glühlicht mit einem kleinen Convexglas von kurzer Brennweite (etwa 10 Mm.) verbinden. Zur Untersuchung im aufrechten Bild ist dieses Verfahren nicht empfehlenswerth, denn ebenso wie die Glühlampe einen Theil unseres Pupillargebietes einnehmen muss, ist dies auch beim untersuchten Auge der Fall. Bei der starken Annäherung, welche das aufrechte Bild erfordert, wirft daher die Iris des untersuchten Auges ihren Schatten in den Augenhintergrund, wodurch das Beleuchtungsfeld kleiner wird als das ophthalmoskopische Gesichtsfeld. Für das aufrechte Bild empfiehlt sich daher der elektrische Augenspiegel nach *Juler*, bei welchem ein kleines Glühlicht mit dem Spiegel fest verbunden ist. Der von *Schweigger* construirte binoculäre Augenspiegel besteht aus zwei Planspiegeln, welche unter einem Winkel von 90° zusammengefügt sind. In dem von den Spiegeln gebildeten Dreieck befindet sich ein Glühlicht mit Convexglas, dessen Strahlen durch eine in der Mitte der Berührungslinie angebrachte runde Oeffnung das untersuchte Auge beleuchten. Parallel zu jeder Spiegelfläche befindet sich vor



jedem der beiden Augen des Beobachters ein Planspiegel, welcher die vom Augenhintergrund ausgegangenen Strahlen dem Auge zuführt. Ueberdies erlaubt das Glühlicht auch eine Verwendung zum Zwecke der Fernpunktbestimmung.

700. ***Das Kehlkopfbild bei Croup.*** *Von Prof.* ***Pieniazek*** *in Krakau. (Arch. f. Kinderhk. Bd. X, pag. 321. — Schmidt's Jahrb. 1889. 6.)*

Beim Laryngoskopiren von Croupkranken fiel es Verfasser auf, dass die mit Pseudomembranen überzogenen Kehlkopftheile nur mäßig verdickt sind. Auch die von Ausschwitzungen freien Schleimhautstellen zeigen bis zur Glottis hinab keine besonders starke Schwellung; ebensowenig sind die Membranen selbst so umfangreich, um das Kehlkopflumen wesentlich beeinträchtigen zu können. Wodurch wird nun die Stenose der Stimmritze bedingt? Verfasser fand hier 3 verschiedene Möglichkeiten. 1. Die Stimmbänder stehen beständig in Phonationsstellung und entfernen sich auch bei tiefstem Inspirium nicht wesentlich von einander, weil die Aryknorpel durch starre, im Interarytaenoidealraum liegende Membranen zusammengehalten werden. Die schwachen Glottiserweiterer des Kindes sind nicht im Stande, dieses Hinderniss zu überwinden. Bei Erwachsenen, bei denen diese Muskeln weit stärker entwickelt sind, kommt diese Fixation der Aryknorpel daher nicht vor. 2. Die Giessbeckenknorpel sind nicht völlig unbeweglich; die Stimmbänder nehmen auch keine eigentliche Medianstellung ein. Es besteht aber eine Schleimhautschwellung unterhalb der Glottis, die die Stenose bedingt. 3. Die Stenose wird durch die subchordale Infiltration allein verursacht, während die Aryknopel frei beweglich sind. Die Form ist bei weitem am seltensten und geht meist im weiteren Krankheitsverlauf in den zweiten Typus über. Beim Pseudocroup liegt das Athemhinderniss fast ausnahmslos nur in einer Schwellung unterhalb der wahren Stimmbänder.

Dermatologie und Syphilis.

701. ***Diabetes auf syphilitischer Grundlage.*** *Von* ***Lemonnier.*** *(Archiv. med. Belg. Oct. 1888. — Deutsch. med. Zeitg. 1889. 49.)*

Ein 50jähr. Mann litt seit unbestimmter Zeit an hochgradigem Diabetes; im Liter Urin fanden sich 70—80 Gr. Zucker. Der Zustand war sehr bedenklich und verschlimmerte sich von Tag zu Tag, bis die Bildung eines Gumma im Schlunde das Vorhandensein alter Syphilis, welche der Kranke bis dahin geleugnet hatte, bewies. Es wurde sofort eine Schmiercur eingeleitet und Jodkalium innerlich verabreicht. Schon nach 8 Tagen zeigte sich eine bedeutende locale Besserung und im Liter Urin fanden sich nur noch 27 Gr. Zucker. Nach weiteren drei Wochen enthielt der Harn auch nicht mehr die geringsten Spuren davon. Von Wichtigkeit ist es zu bemerken, dass der Kranke während der Cur durchaus kein antidiabetisches Regime beobachtete.



702. ***Contribution à l'étude du traitement de la Syphilis par la méthode de Scarenzio.*** *Par Sibilat. (Thèse de Paris. 1888.)*

Verf. empfiehlt als Vehikel für die intramusculären Injectionen unlöslicher Quecksilberverbindungen das Vaselinöl. Zieht dem gelben Oxyde das Calomel als weniger irritirend vor. Lobt als Vorzüge der Methode die sichere Dosirung, geringe Zahl der Injectionen, 4 sind zur Heilung secundärer und tertiärer Erscheinungen ausreichend, vermögen aber Recidiven nicht zu verhindern. Abscesse sind eine Ausnahme. Die Methode ist contraindicirt bei Nephritikern und Cachectischen, mit grosser Vorsicht zu leiten bei Stomatitis und Caries der Zähne, Scrophulösen, sowie bei sehr fetten Individuen. *Finger.*

703. ***Ueber das Ulerythema ophryogenes, eine noch nicht beschriebene Hautkrankheit.*** *Von Paul Taenzer. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. 5.)*

Das Ulerythema ophryogenes ist eine Erkrankung, welche in frühester Jugend mit Röthung der Haut der Augenbrauenbogen beginnt. *Taenzer* unterscheidet eine mildere und schwerere Form. Erstere tritt am äusseren Theile der Augenbrauen auf, greift dann über die Jochbogen vor dem Ohre hinab über die Seitenpartien des Halses über und mit den letzten Ausläufern auf die Streckseite des Oberarmes. Das erste ist immer eine Hyperkeratose mit begleitendem Erythem; die Follikel sind durch Horndeckel verschlossen, die Lanugohaare stets, die stärkeren Haare zeitweise am Durchbruch verhindert. — In den schwereren Fällen sind ausser den schon erwähnten Theilen ergriffen: die innere Hälfte der Augenbrauen, die Oberlippe und einige angrenzende Hautbezirke des Gesichtes, sowie der ganze behaarte Kopf. Hier kommt es zu einer stärkeren (jedoch sehr oberflächlichen) Entzündung der Haut und in Folge davon zu Narbenbildung, welche stets zuerst die in der Mitte zwischen den Haaren gelegenen Hautpartien betrifft und daher auf Augenbrauen und Oberlippen ein feines, lineares Netz von Narben bedingt. Auf dem Kopfe führt die Vernarbung zu einem System von zusammenfliessenden kahlen Ringen und im Laufe der Zeit zur totalen Alopecie. — Die Affection ist im Allgemeinen nicht schmerzhaft; selten findet sich eine stärkere und schmerzhaftere Röthung an den Follikeln, wodurch es dann manchmal zur Ansiedlung von Eitercoccen und Combination mit Folliculitis suppurativa kommt. Besonders geschieht dies bei jeder stärker reizenden Behandlung der Kopfhaut, während schwach reducirende Mittel (Schwefel, Resorcin) die stärkeren Formen der Krankheit bessern, die schwächeren heilen. Sechs vom Verfasser mitgetheilte Fälle erläutern diese Ausführungen. Was den für die Krankheit gewählten Namen angeht, so möchte *Taenzer* mit *Unna* die Krankheiten der Haut, bei denen es, wie hier, zur Combination von permanentem Erythem mit schliesslicher Atrophie der Cutis kommt, als Ulerytheme bezeichnen (von οὐλή, die Narbe, und ἐρύθημα, die Röthe), somit die geschilderte Krankheit nach dem charakteristischen Ausgangspunkt und Prädilectionsort der Augenbrauen als: Ulerythema superciliare s. ophryogenes. *Sternthal.*

704. ***Ueber Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica (Urethritis externa — Oedmansson).*** *Von* ***K. Touton.*** *(Archiv f. Derm. u. Syphil. 1889. 21. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 21.)*

Die auch beim Manne, wenngleich seltener als beim Weibe, vorkommenden kleinen paraurethralen Gänge (Crypten), welche gewöhnlich nahe der hinteren Commissur des Orificiums am Rande desselben münden, sowie ähnliche feine, zwischen den Blättern des Präputiums verlaufende, meist auf der inneren Präputialfläche mündende Canäle werden bisweilen der Sitz einer gonorrhoischen Entzündung. Verfasser theilt zwei derartige, bei acutem Harnröhrentripper beobachtete Fälle mit: In dem 1. derselben (Folliculitis praeputialis) entstand an der Vorhaut eine erbsengrosse rothe Geschwulst, aus der sich bei stärkerem Druck durch eine nadelstichgrosse Oeffnung einige Tropfen gonococcenhaltigen, von anderen Mikroorganismen aber ganz freien Eiters entleerten. Die Gonococcen fanden sich in dem allmälig mehr schleimig werdenden Secret, auch noch als der Harnröhrenausfluss bereits verschwunden war. Es wurde deshalb die kleine Geschwulst, die inzwischen zu einem etwa 1 Cm. langen, derben Strange eingeschrumpft war, exstirpirt. Der Gang machte den Eindruck einer einfachen epithelialen Einstülpung und war mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet. — Gonococcen fanden sich ausser im Lumen auch zwischen den Zellen der obersten drei oder vier Epithellagen, aber nicht tiefer. — In Verfassers 2. Falle handelte es sich um die gonorrhoische Infection eines paraurethralen Ganges, in dessen Secret ebenfalls die Gonococcen länger nachweisbar blieben, als im Harnröhrenausfluss. Praktisch sind derartige Fälle nicht unwichtig, weil sie nach scheinbarer vollständiger Heilung des Trippers zu erneuter Infection der Harnröhrenschleimhaut oder bei verheirateten Männern zur Ansteckung der Frauen führen können. Bei den paraurethralen Gängen dürfte sich die Ausätzung mit Hilfe dünner Sonden empfehlen, bei den präputialen Excision oder Spaltung und Auskratzung.

705. ***Erythro-Melalgia.*** *Von* ***J. E. Morgan.*** *(Lancet. 5. Jan. 1889.)*

Morgan publicirt 5 Fälle von sogenannter Erythro-Melalgia. Viermal äusserte sich die Erkrankung zuerst in Schmerzhaftigkeit der Fusssohlen. In einigen Fällen steigerte sich letztere bei längerem Stehen, Gehen und Nachts in der Bettwärme erheblich; eine rothe und bläuliche Verfärbung der Haut trat alsdann schärfer hervor. In einem Falle schwanden die Symptome bei absoluter Ruhelage im Bette, während in einem anderen der Druck der Decke selbst unerträglich war; hier Beugecontracturen der Zehen, Schlaflosigkeit des Kranken. Einmal äusserte sich die Erkrankung am Arme durch paroxysmales Auftreten analoger Erscheinungen im Gebiete des N. medianus. Hier handelte es sich um einen Mann, der viel mit dem Hammer hantirte. Die übrigen 4 Fälle betrafen 2 Männer, deren einer 12—14 Stunden täglich stehen musste und, frühzeitig gealtert, durch eine Gonorrhoe sehr heruntergekommen war; bei dem anderen, einem Kohlengräber, welcher der Kälte und Nässe viel ausgesetzt war, waren gleichfalls Gonorrhoe, vor Allem aber Typhus und chronischer Gelenksrheumatismus vorausgegangen. Die beiden weiblichen Kranken



waren von zarter Constitution: die eine dyspeptisch; das Leiden der anderen hing offenbar mit dem Allgemeinbefinden derselben zusammen. Schmerzpunkte liessen sich dreimal am N. plant. intern. allein nachweisen. *Morgan* nimmt eine Perineuritis an, für welche seiner Ansicht nach vorhergehende Gonorrhoe, Syphilis, Rheumatismus, Gicht besonders prädisponiren. Eine gleichzeitige Beeinflussung durch Ursachen im Centralnervensystem, wofür *Mitchell* besonders lebhaft eintritt, schliesst *Morgan* keineswegs aus. Therapeutisch schien einmal eine locale subcutane Morphium-Atropinbehandlung von besonderem Werthe zu sein.

Friedheim, Leipzig.

706. ***On Syphilitic Disease of the Knee-joint.*** *Von* ***Jonathan Hutchinson jun.*** *(Ref. aus Lancet. 20. Oct. 1888, in The London Medical Recorder. Old Series. Nr. 163.)*

Hutchinson jun. demonstrirte in der Pathologischen Gesellschaft das Kniegelenk eines 23 Jahre alten Matrosen, der an syphilitischer Rectumstenose und chron. Nephritis gestorben war. Die Patella war stark verdickt und hatte ihre normale Lage auf dem Femur verlassen und articulirte mit einer Furche an der äusseren Seite des Condyl. ext., an dem der Knorpel sehr hypertrophirt war. Der Condyl. int. hatte seinen Knorpel verloren und war mit der inneren Tuberosität der Tibia durch feste, fibröse Bänder verwachsen, in welche der innere Semilunarknorpel untergegangen war. Der Knorpelüberzug der äusseren Tuberosität der Tibia war rauh. In der Mitte des Ligament. mucosum war eine lederartige, gummatöse Masse, welche, wie die mikroskopische Untersuchung erwies, aus Zellen mit verwischten Zellgrenzen und fibrösem Gewebe bestand. An den Knochen keine Knoten. Synovialmembran und übrige Bänder gesund. Keine Eburnation. Die Nieren zeigten diffuse syphilitische Erkrankung, aber keine einzelnen Gummata. Im Rectum eine fibröse Strictur mit ausgedehnter Ulceration um dieselbe. Keine Zeichen von ererbter Syphilis.

Sternthal.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

707. ***Ueber die Abfuhrwege des Zuckers aus dem Dünndarm.*** *Von* ***S. Ginsberg.*** *(Pflüger's Archiv. Bd. XLIV, pag. 306. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 25.)*

Heidenhain hatte bei Gelegenheit seiner Untersuchungen über den Dünndarm festgestellt, dass das Wasser des Dünndarminhaltes, so lange es nur in mässigen Mengen vorhanden ist, lediglich vom Blute resorbirt wird. Nur ungewöhnlich grosse Flüssigkeitsmengen nehmen auch die Chylusgefässe in Anspruch. Wie das Wasser, so verhalten sich muthmasslich auch die in ihm gelösten Stoffe. Nun hat freilich *v. Mering* nach Einführung selbst reichlicher Zuckermengen in den Verdauungscanal von Hunden



den Zuckergehalt des Chylus nicht steigen sehen. Es fragte sich aber, ob nicht doch eine solche Vermehrung eintreten würde, wenn man mit dem Zucker zugleich so grosse Flüssigkeitsmengen einführte, dass die Blutcapillaren der Darmschleimhaut sie allein nicht mehr zu bewältigen vermöchten. Die darauf gerichteten Versuche von *Ginsberg* sind an Kaninchen und Hunden angestellt. Bei Kaninchen wurde der Zuckergehalt von Blut und Chylus (aus dem Ductus thoracicus) normal gefütterter Thiere mit dem von solchen verglichen, die Traubenzucker-Injectionen in den Verdauungscanal erhalten hatten. Die letzteren zeigten deutliche Vermehrung des Zuckergehaltes im Blut und Chylus. Besonders beweisend für die Richtigkeit der oben erwähnten Annahme waren die Versuche an Hunden, weil hier die zu untersuchenden Flüssigkeiten einem und demselben Thiere vor und nach der Zuckereinführung entnommen werden konnten. In drei gelungenen Versuchen war der mittlere Procentgehalt an Zucker:

	im Blut	im Chylus
Vor der Injection	0·08 Proc.	0·21 Proc.
Nach der Injection	0·24 „	0·43 „

Die eingeführten Zuckermengen betrugen 20—40 Gr. in 400 Ccm. Dass nicht die blosse Zufuhr reichlicher Flüssigkeitsmengen den Mehrgehalt des Chylus an Zucker bedingt hatte, ging daraus hervor, dass Einführung von 400 Ccm. Kochsalzlösung keine Aenderung des Zuckergehaltes hervorrief. Endlich wurde noch gezeigt, dass der Mehrgehalt des Chylus nicht secundär dadurch zu Stande gekommen war, dass die Lymphe erst vom Blute grössere Zuckermengen empfangen hatte. Es ist demnach der Schluss berechtigt, dass bei Anwesenheit reichlicher Flüssigkeitsmengen im Darm, gelöste Substanzen nicht nur in's Blut, sondern auch in den Chylus übergehen.

708. ***Die Bacterioskopie als diagnostisches Kriterium der Meningitis cerebro-spinalis.*** *Von **C. Bozzolo**. (La Riforma med. 1889. 45. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 25.)*

Der Autor berichtet von einem 54jähr. Manne, welcher am 4. Februar 1889, seit fünf Tagen erkrankt, mit Fieber, rechtsseitigen Nackenschmerzen, Icterus, Milztumor, schmerzhafter Leberschwellung, bronchitischen Symptomen und Albuminurie auf seine Klinik in Turin aufgenommen wurde. Es traten mehrere Schüttelfröste auf. Ausser den Nackenschmerzen (und Erbrechen) waren absolut keine Symptome für Meningitis vorhanden; besonders fehlte jede Rigidität. Am 10. Februar starb der Kranke, nachdem er während der beiden vorhergehenden Tage leichte Delirien dargeboten hatte. — Bei der diagnostischen Ungewissheit des Falles entschloss sich der Autor, am neunten Tage der Krankheit eine Probepunction der schmerzhaften Leber zu machen. In dem extrahirten Blute wies er durch Cultur und Thierversuch den *A. Fraenkel*'schen Diplococcus pneumoniae nach. Dieser Befund führte den Autor bei der Abwesenheit von pneumonischen, resp. pleuritischen Symptomen und bei dem Bestehen von Nackenschmerzen und Erbrechen zu der Diagnose „Meningitis". Die Section bestätigte die letztere; es fanden sich ausserdem Gallensteine, ferner eine schwere acute Endocarditis aortica.



709. ***Ueber hyaline Degeneration der Hirngefässe.*** *Von* ***Holschewnikow*** *in Kronstadt. (Virchow's Archiv. Bd. 112, pag. 552 bis 569. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 20.)*

Holschewnikow fasst die wesentlichen Resultate seiner im pathologisch-anatomischen Institut des Prof. *v. Recklinghausen* zu Strassburg angestellten Untersuchungen in folgende Sätze zusammen: 1. Die hyaline Degeneration der Gefäss- und Capillarwände des Gehirns kann nicht nur in Folge verschiedener Dyscrasien und acuter Erkrankungen entstehen, sondern auch durch locale Circulationsstörungen, besonders durch Blutdrucksteigerung hervorgerufen werden. 2. Das Hyalin entsteht nicht nur aus den neugebildeten Zellen, welche innerhalb und längs der Gefässwände auftreten, sondern auch aus dem Protoplasma der Endothelzellen der präformirten Gefässwand selbst. 3. Die hyaline Substanz, welche sich als Endproduct solcher degenerativer Vorgänge so oft im Gehirn findet, kann je nach ihrem Alter ein verschiedenes Aussehen und ein verschiedenes Verhalten den Färbungsmitteln gegenüber darbieten. Es ist zu vermuthen, dass unter gewissen Umständen auch die Corpora amylacea aus den hyalinen Massen längeren Bestandes hervorgehen.

710. ***Ueber ein neues Opticuscentrum beim Huhne.*** *Von Dr.* ***Perlia.*** *Aus dem Senckenberg'schen Institut in Frankfurt a. M. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1889. 5.)*

Dr. *Perlia* entfernte einem 48stündigen Küchlein das linke Auge. Zwei Monate später fand er erhebliche Verkleinerung des rechten Tractus. Ferner war der rechte Lobus opticus sehr im Wachsthum zurückgeblieben, bläulichgrau verfärbt. *Perlia* stellte sich nun die Erforschung der intracerebralen Veränderungen an Serienschnitten zur Aufgabe und entdeckte hierbei ein median vom Tractus opticus sich abspaltendes Bündel, das isolirt seinen Weg zieht; es zeigt dreieckigen Querschnitt. Das Bündel war leicht nach rückwärts zu verfolgen, dicht unter der dorsalen Oberfläche des Hirnstammes am medialen oberen Ende der Sehnervenschicht des Lobus opticus, an der Grenze zwischen diesem und dem Mittelhirn. Nachdem es weiter lateral von der ganzen Oculomotoriuskerngruppe verlaufen ist, mündet es schliesslich in einen grossen Kern seitlich vom Trochleariskern. Dieser erwähnte Kern war nun rechts spurlos verschwunden. Die Beziehungen zur Nachbarschaft sind sehr rege. Es ist somit bei Vögeln zum erstenmale gelungen, „ein Opticusbündel über die gewöhnliche Endstätte im Mittelhirn hinaus in das Dach, resp. die Seitentheile des Nachhirns zu verfolgen“. Der Gedanke an die Bedeutung des Bündels als reflexvermittelnde Bahn zwischen Retina und Sphincter iridis ist naheliegend. Bis etwas Näheres bekannt sein wird, nennt es *Perlia* „medianes Opticusbündel“.

711. ***Ueber Veränderungen an den Gefässen der Hirnbasis.*** *Von Dr.* ***Buchholz,*** *Heidelberg. Wanderversammlung südwestdeutsch. Neurologen etc. 1889. (Neurolog. Centralbl. 1889. 12.)*

B. berichtet über die Befunde von 31 Fällen (14 Dementia paralytica, 3 Lues cerebri, 2 Tumor cerebri, 4 senile Psychosen, 3 functionelle Erkrankungen des Centralnervensystems). Die



mikroskopische Untersuchung ergab einen absolut normalen Befund an den Gefässen von den drei an functionellen Psychosen Verstorbenen, obgleich die älteste von ihnen bereits 47 Jahre bei ihrem Tode zählte. Ebenso waren die Gefässe bei einem 22jährigen, an Hirntumor verstorbenen Kranken und einer paralytischen, nicht syphilitischen Frau von 39 Jahren normal. In drei weiteren Fällen (ein Tumor cerebri und zwei von Lues freien Paralytikern im Alter von 33 und 36 Jahren) fanden sich vereinzelte minimale endarteriitische Veränderungen. Bei den übrigen 24 Fällen zeigten sich eine Reihe von erheblichen Veränderungen, und zwar in zwei — einer 66jährigen senil dementen Frau und einem 47jährigen Paralytiker — vorgeschrittene Atheromatose. Bei einem dritten an Lues cerebri verstorbenen 52jährigen Patienten fanden sich gleichfalls in den im Ganzen nicht einmal sehr erheblichen endarteriitischen Auflagerungen fettige und hyaline Degeneration. Keine derartig weit vorgeschrittene, aber immerhin doch häufig noch recht erhebliche Veränderungen wiesen die anderen 21 Fälle auf. Es handelt sich hier einmal um die einfache chronische Endarteriitis, das andere Mal um Processe, die mehr jenen von *Heubner* beschriebenen Veränderungen entsprechen. — Ein wesentlicher Unterschied konnte zwischen den Befunden an den Gefässen Syphilitischer und Nichtsyphilitischer nicht wahrgenommen werden. Die vorhin an zweiter Stelle genannte, der *Heubner*'schen Degeneration entsprechende Endarteriitis obliterans konnte an den Gefässen von sechs Patienten nachgewiesen werden, und zwar bei zwei senil Dementen von 51 und 62 Jahren und vier Paralytikern, von welch letzteren zwei sicher und einer wahrscheinlich luetisch inficirt waren. Der letztere war 42, die beiden ersten 37 und 39 Jahre alt, als sie starben. Der nichtsyphilitische Paralytiker stand bei seinem Tode im 35. Lebensjahre. Nach den ausführlichen mikroskopisch-anatomischen Untersuchungen des Verf. dürften Rückschlüsse auf vorangegangene Lues aus dem Befunde an den Gefässen allein nicht berechtigt erscheinen. Auffallend und interessant ist es jedoch, dass sich gerade bei Patienten mit organischen Hirnerkrankungen so vielfach bereits in verhältnissmässig frühem Alter relativ starke Veränderungen an den Gefässen finden.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

712. ***Tödtliche Vergiftung durch Arsenwasserstoff.*** *Von Dr.* ***Sury-Bienz.*** *Aus „Gerichtl.-medicinisches aus chemischen Fabriken.“ (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. N. F. 49. Bd. — Schmidt's Jahrb. 1889. 6.)*

Ein 48jähr. Arbeiter hatte bei der Fabrication von Chlorzink, wobei in einem bedeckten Steintroge Zink mit Salzsäure übergossen wird, die — in Folge chemischer Verunreinigung beider Stoffe — reichlich arsenhaltigen Wasserstoffdämpfe eingeathmet, war dann schnell an heftiger Strangurie erkrankt, wobei er wenig schwarzen Urin absonderte und broncefarbig verfärbte



Haut zeigte, bald auch Foetor ex ore, Milz- und Leberschwellung, sowie schwarze gallige Stühle aufwies und unter schliesslicher völliger Anurie nach 8 Tagen verstarb. Die Harnuntersuchung hatte Methämoglobin, Oxyhämoglobin und Spuren von Gallenfarbstoff, das Blut grosse Armuth an rothen Blutkörperchen neben vielen Trümmern von zerstörten ergeben. Bei der Section zeigten sich, abgesehen von den Farbenveränderungen der Haut und Conjunctiva, Oedem der Hirnhäute und Lungen, sowie des weichen Gaumens, Vergrösserung von Leber und Nieren, schmutzig braunrothe Verfärbung des Herzfleisches. Da eine chemische Untersuchung der Leichentheile nicht vorgenommen war, konnte Verf. nur mit höchster Wahrscheinlichkeit Arsen-Wasserstoffvergiftung als Todesursache ansehen.

713. ***Ueber den Einfluss der Nähmaschinenarbeit auf die körperliche Entwicklung und auf die Gesundheit bei Fabrikarbeiterinnen.*** *Von Dr.* **Hensgen** *in Bergneustadt. (Erg.-Hefte zu Centralbl. f. allg. Gesundheitspfl. 1889, H. 5, pag. 301. — Schmidt's Jahrb. 1889. 6.)*

Verf. theilt die von ihm als Cassenarzt bei Nähmaschinenarbeiterinnen gemachten Erfahrungen mit. Er fasst dieselben folgendermassen zusammen: 1. Die fabriksmässige Beschäftigung der Arbeiterinnen an Nähmaschinen wirkt im Allgemeinen ungünstig ein auf die Bewegung und Bildung des Blutes. 2. Sie hemmt somit die körperliche Entwicklung bei jugendlichen Arbeiterinnen und erzeugt ausser anderen körperlichen Störungen vornehmlich solche der Menstruation. 3. Für Arbeiterinnen im Alter von 14—16 Jahren müsste deshalb vor Beginn der Beschäftigung dem Arbeitgeber ein ärztliches Zeugniss einzuhändigen sein, nach welchem die körperliche Entwicklung eine volle Beschäftigung an der Nähmaschine ohne Gefahr für die Gesundheit zulässt (analog der Bundesrathsbestimmung über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in Spinnereien vom 20. April 1879). 4. Die tägliche Arbeitszeit in Fabriken für Näherinnen an Nähmaschinen sollte 10, höchstens 11 Stunden nicht übersteigen. 5. Die Einführung öfterer, wenn auch kürzerer Arbeitspausen mit ermöglichter Bewegung im Freien ist zu befürworten. 6. Nachtarbeiten in Fabriken ist bei Nähmaschinenarbeiterinnen auszuschliessen, beziehungsweise zu verbieten. 7. Dem Arbeitgeber ist anzuempfehlen, bei auftretenden Störungen der Gesundheit, welche mit Wahrscheinlichkeit auf die Maschinenthätigkeit zurückzuführen sind, einen Wechsel der Beschäftigung zu gewähren.

714. ***Beitrag zur Lehre von den Staubinhalationskrankheiten.*** *Von* **Fr. Kunze,** *Kiel. Dissertation.*

Der Verfasser untersuchte eine Reihe sogenannter Staublungen, insbesondere eine Töpfer-, eine Schlosser-, eine Tuchmacherlunge, mehrere Steinhauer-, eine Sandstaub-, eine Goldgräberlunge, sowie Stücke einer Eisenoxyd- und mehrerer anthracotischer Lungen aus der Sammlung des Kieler pathologischen Institutes. — In allen Staublungen liess sich der Staub mikroskopisch, beziehungsweise chemisch nachweisen. Die einzelnen Partikelchen desselben fanden sich innerhalb der Lungenalveolen frei, und der Verfasser nimmt an, dass sie völlig frei durch die



Stomata zwischen den Epithelzellen der Alveolarwand hindurchdringen und dann in Saftbahnen gelangen. Aber es ergab sich auch, dass die Epithelzellen selbst mit Staubpartikelchen durchsetzt waren und zum Theil von der Wand sich gelöst hatten. Dadurch wurden natürlich offene Saftlücken geschaffen, in welche die freien Staubpartikelchen mit Leichtigkeit eindringen konnten. Weiterhin fanden sie sich in den Saftlücken der Septa immer noch frei. Dagegen liessen sich innerhalb der Lymphgefässe zahlreiche Leucocyten constatiren, die mit Staub beladen waren. *Kunze* nimmt hiernach an, dass erst von den Lymphgefässen an die weissen Blutzellen am Transporte des Staubes sich betheiligen, glaubt aber, dass auch noch in diesen Gefässen der grösste Theil des Staubes frei schwimmend sich bewegt. Auf seinem Marsche nach den Bronchialdrüsen wird er nun festgehalten und erzeugt an den Deponirungsstellen Entzündung mit dem Hervortreten bindegewebiger Wucherung, welche am stärksten ist, wo ein reiches Lymphgefässnetz sich befindet. In lockerem Bindegewebe beobachtete der Autor nur den feinsten Staub innerhalb des Protoplasmas der Bindegewebszellen, in faserigem aber fand er ihn frei im Gewebe, den gröberen ausschliesslich frei im Gewebe. Auch innerhalb der Lymphdrüsen zeigte sich der feinste in den Leucocyten und den Gerüstzellen, der gröbere frei. Er constatirte ferner, dass die Intensität der Veränderungen in den Staublungen nicht blos von der Menge des eingeführten Staubes, sondern auch davon abhängig war, ob derselbe vermöge seiner Gestalt zum Verletzen des Gewebes mehr oder weniger geeignet war. Endlich schloss er aus seinen Durchforschungen der **Staublungen, dass selbst die intensivsten Veränderungen derselben, Knötchen-, Schwielen-, Cavernenbildung, lediglich durch den inhalirten Staub bedingt werden, und dass nur zuweilen Tuberculose nebenher geht.** Die geringsten Veränderungen in den Lungen ergaben sich nach Einathmung des Lampenruss, dessen Bestandtheile sehr fein und wenig verletzend sind, die stärksten dagegen nach Einathmung des Töpfer- und Steinhauerstaubes. Eine vom Autor untersuchte Schlosserlunge zeigte nur eine mässige Bindegewebswucherung; der Staub bestand zum Theile aus feinsten Eisentheilchen. In einer Eisenoxydlunge fand er überwiegend kleine Körnchen und sehr starke Veränderungen des Gewebes. Die Goldgräberlunge war gleichmässig indurirt und atrophirt; der Staub ein ausserordentlich feiner. Die Sandstaublunge enthielt zahlreiche umschriebene harte Knoten und derbe Schwielen; der Staub war zum Theil ausserordentlich gross. In der Tuchmacherlunge endlich zeigten sich trotz einer enormen Einlagerung organischen Staubes relativ nur wenig Schwielen, meistens kleine Körnchen und allgemeine Induration. Der Autor meint, dass das Gewebe durch die eindringenden Zeugfäserchen nicht sehr verletzt werde. In zwei Steinhauerlungen wurde neben Induration des Gewebes tuberculöser Zerfall beobachtet. Die Tuberkel waren hier aber wenig oder gar nicht mit Staub durchsetzt. Die übrigen Lungen zeigten keine Tuberculose; namentlich waren diejenigen des Töpfers und der Steinhauer, obgleich sie grosse derbe Schwielen und zahlreiche Cavernen enthielten, absolut frei von Tuberkel-



knötchen, sowie von jedweder Art käsigen Zerfalles. Auch fiel die Untersuchung des schleimig-eitrigen Belages der Cavernen in der Töpferlunge auf Tuberkelbacillen rein negativ aus. Deshalb schliesst eben der Verfasser, dass, wenn Tuberculose in den Staublungen auftritt, sie eine Complication, keine nothwendige Folge der Einathmung des Staubes ist. *Dr. E. Lewy.*

715. ***Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia.*** *Von Dr.* ***Orschansky,*** *Charkow. (Arch. f. Psych. 1889. XX, pag. 309. — Neurolog. Centralbl. 1889. 12.)*

Auf Grund der Besprechung von 4 ausführlich mitgetheilten Fällen kommt *Orschansky* zu folgenden Schlusssätzen: Der Inhalt des Bewusstseins — die Summe und die Qualität der vorhandenen Vorstellungen — muss streng auseinander gehalten werden von der functionellen Seite des Bewusstseins als Summe der sowohl die Production, als auch die gegenseitigen Beziehungen der Vorstellungen unter einander regulirenden Principien. Klinisch müssen die Erscheinungen der psychischen Reizung und Schwäche, welche die Grundlage der Verrücktheit und der Dementia bilden, von den Störungen der functionellen Seite des Bewusstseins unterschieden werden, welche eine Art von Ataxie der psychophysischen Sphäre darstellen. Es kommen typisch verlaufende Fälle mit kurzer Dauer des Initialstadiums der Bewusstseinsstörung, mit darauffolgendem Stadium von Delirien vor; zwischen den Wahnelementen und Bewusstseinsverdunkelung besteht eine bis zu einem gewissen Grade antagonistische Beziehung. Je nach der Entwicklung und dem Vorherrschen dieses oder jenes Elements nähert sich das Krankheitsbild entweder der primären Verrücktheit oder der Dementia — zwei äusserste Pole, zwischen welchen diese Krankheit in der Classification der Psychosen ihren Platz einzunehmen hat. Der Unterschied zwischen den Symptomen der Bewusstseinsstörung und der Verrücktheit ist ein wesentlicher; für letztere charakteristisch ist der Zustand der intellectuellen Erregung und daher auch die Neubildung von Ideen und Vorstellungen. Der Unterschied zwischen Bewusstseinsstörung und Dementia ist zwar kein so deutlicher, immerhin aber auch ein ziemlich wesentlicher. Bei der acuten Dementia ist die Wahrnehmung geschwächt, verlangsamt, oft sogar ist sie gar nicht vorhanden. Die Apperception, d. h. die reactiven Beziehungen der „ich"-Vorstellungen zur äusseren Welt ist ebenfalls bedeutend geschwächt, meistens fehlen sie ganz. Das Selbstbewusstsein ist theilweise oder gänzlich verschwunden, die Erinnerung während der Krankheit an die Vergangenheit und später auch an die Krankheit selbst ist ebenfalls verschwunden. Bei Bewusstseinsstörung hingegen ist, sofern sich der Kranke nicht in einem wirklich traumähnlichen, sondern im wachen Zustande befindet, die Wahrnehmung nicht geschwächt und kann höchstens nur entartet sein; die Apperception, d. h. die Aufmerksamkeit und Activität ist erhalten, desgleichen das Bewusstsein der Persönlichkeit und das Gedächtniss; die Erinnerung an die Krankheit ist theilweise, zuweilen auch gänzlich erhalten.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

716. *I. Ueber Myxödem.*

*Von Prof. **Fr. Mosler** in Greifswald.*

Mit 2 Lithographien.

*Ref. von Sanitätsrath Dr. **Hertzka** in Carlsbad.*

Ueber dieses interessante, in letzter Zeit mehrfach besprochene räthselhafte Leiden erhalten wir von dem tüchtigen Leiter der Greifswalder medicinischen Klinik, Professor *Mosler*, einen Separatabdruck, den wir umsomehr der Aufmerksamkeit unserer Leser empfehlen, als selber die erste grössere klinische Mittheilung über dieses Leiden enthält. Schon in Giessen beobachtete *Mosler* einen Fall von Struma parenchymatosa bei einem 19jähr. Mädchen, dem eine Jodkaliumsalbe (Ungt. kali jod. 25·0, Jodi puri 0·15) verordnet wurde und das, ohne wieder vorzusprechen, die Salbe durch $^1/_2$ Jahr fortsetzte; als Pat. wieder in der Klinik vorsprach, war nicht nur die Schilddrüsengeschwulst gänzlich geschwunden, sondern auch eine Anätzung des 2. Trachealknorpels (Trachealfistel) herbeigeführt. Trotz Schliessung derselben wollte sich das Allgemeinbefinden nicht heben; Pat. war hinfällig, verdriesslich, apathisch, Oedeme zeigten sich an den verschiedensten Körpertheilen und Pat. starb nach Verlauf eines $^1/_2$ Jahres an allgemeinem Marasmus. *Mosler* glaubte damals in Folge von Hirnanämie; nun ist es ihm sehr wahrscheinlich, dass es sich um Cachexia strumipriva, um Myxödem gehandelt hat.

Bekanntlich hat *Virchow* im Februar 1887 über Myxödem einen Vortrag gehalten, der zur Erkennung ähnlicher Fälle nun führt. Auch bei *Mosler* war dies der Fall. Myxödem befällt vorzugsweise Frauen. Die Statistik weist unter 31 Fällen nur 4 Männer als erkrankt auf. Vor Eintritt der Menstruation entwickelt es sich nicht, jenseits des 50. Lebensjahres sehr selten. *Mosler's* Fall bietet nebst einem sehr charakteristischen Verhalten noch das Bemerkenswerthe, dass er eine 54 Jahre alte Frau betrifft, in deren Familie nur öftere Krampfanfälle vorkamen. Mutter starb 48 J. alt an Kinnbackenkrampf, Vater 84 J. alt an Altersschwäche. Mit 14 Jahren überstand Pat. eine schwere Cholera. Menstruation mit 15 Jahren, stets regelmässig. Gebar 2 Kinder, das erste starb 9 Tage alt an Kinnbackenkrampf, das zweite wurde zu früh geboren. Keine Menstruationsbeschwerden, keine Zeichen von Lues. Demnach zeigt der Fall keine Störungen im Geschlechtsleben. Auch ist Pat. weder nervös, noch nervös belastet. Die beigegebene Photographie zeigt die 49jähr. Pat. als rüstige, gesunde, ausgezeichnet erhaltene Frau.

Als Ursachen des Myxödems sind Erkältungen am häufigsten angegeben, was auch in diesem Falle zutrifft. Das Leiden dauerte schon 6 Jahre und glaubt Pat. selbes von kalten Flussbädern — deren sie vordem nie genommen hatte — herzuleiten. Der Beginn war ein ganz allmäliger. Zu allererst trat eine Lahmigkeit des linken Daumens auf, wodurch



sie nicht mehr zu stricken vermochte. Nach und nach traten Anschwellungen der linken oberen Extremität auf und verbreiteten sich innerhalb 1—2 Jahren über den Rumpf, die rechte obere und die beiden unteren Extremitäten. Erst später erfolgte Anschwellung des Gesichts und der Augenlider, ganz zuletzt am Hals und an den Lippen und der Zunge, so dass das Sprechen beeinträchtigt wurde. Die Glieder wurden ihr schwer und steif, das Gehen stark behindert, und was ihr besonders unangenehm war: die Gedächtnissschwäche seit 1 Jahre; Rechnen, Preise behalten war ihr unmöglich. Seit 2 Jahren, wo ihr die Regeln ausgeblieben, sollen genannte Anschwellungen, die Gliedersteifigkeit rascher zugenommen haben. Trotz ärztlicher Behandlung vom Beginne an ist niemals Besserung oder Stillstand zu beobachten. Seit November 1887 beobachtet sie *Mosler*: Gesichtsausdruck ist starr und blöde, Sprache verlangsamt, Pat. macht den Eindruck allgemeiner Apathie. Antwort erfolgt erst nach längerer Besinnung. Haut eigenthümlich blass, glänzend, porcellanartig. Selbst die Kopfhaut ist geschwollen. Stirne auffallend breit. Haare noch reichlich erhalten, blond, wenig ergraut! — Die stark geschwollenen oberen Augenlider hängen sehr tief herab, Lidspalte verengert, das Aufsehen behindert. Augen selbst normal. Nasenwurzel, Nasenrücken sind verdickt, Gesicht verbreitert, Augenbrauengegend stark hervortretend; die Haut der Stirngegend ist ebenfalls verdickt und angeschwollen, trotzdem Stirnrunzeln noch vorhanden. Die Gesichtshaut lässt sich nicht in Falten aufheben, die Kopfhaut an einzelnen Stellen (besonders Schläfengegend) schmerzhaft empfindlich. Unterhalb des Kinnes ist die Haut zu derben Wülsten angestaut, Nacken, Schultern, Brust derb, brettartig. Fingereindrücke bleiben nicht bestehen. Brüste prall, etwas empfindlich, stehen ziemlich gerade nach vorn. Im Gegensatze von gewöhnlichem Oedem viel derbere Anschwellung, sowie eine gewisse Druckempfindlichkeit; auch ist unterhalb der Knöchel keine Spur von Oedem, die Haut fühlt sich derber an, mehr elastisch, wie erstarrte Nährgelatine. Pat. liegt meist zu Bette, da das Gehen durch die Anschwellung und Spannung der Haut sehr schwer fällt. Pat., deren Gesichtsausdruck natürlich sehr verändert, ein stupider geworden, klagt über unruhigen Schlaf, Träume und Erregung, ferner über ein Gefühl, als ob der Körper in zwei Hälften getheilt sei und über Zischen („Geräusch strömenden Wassers") im Ohre. Weder die motorischen, noch die sensitiven Nerven sind wesentlich alterirt, Patellarreflexe normal, von Parästhesien werden Prickeln unter den Fersen, Picken an Brust und Oberarm erwähnt. Pat. klagt über Appetitmangel, schlechten Geschmack, plötzlich auftretenden Durst. Zähne innerhalb der letzten Monate ausgefallen, bis auf einige im Unterkiefer. Die Palpation des Halses ergibt keine Veränderungen, die auf ein Leiden der Schilddrüsen deuten, die Palpation der letzteren bleibt resultatlos; sie ist nicht durchzufühlen, vielleicht eine Folge der verdickten Haut. Keine abnorme Empfindlichkeit; Lunge, Herz normal, 68—80 Schläge in der Minute. Körpergewicht 63·5 Kg. Auch Leber und Milz normal und die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigt keine auffallenden Veränderungen. Der

Temperatursinn nicht verändert. (Bei dem von mir ebenfalls mitzutheilenden Fall *W. Manasse's*, den derselbe am 31. October 1888 in der Berliner med. Gesellschaft vorstellte, fand *Manasse* Blutbeschaffenheit und Temperatursinn stark verändert. Ref.) Darmfunction träge, nur auf Abführmittel.

Interessant ist, dass sich der Process noch auf die Schleimhäute der Nase, des Mundes, Rachens und Kehlkopfes fortsetzt und Sprechstörungen, trübe heisere Stimme, Gehirnstörungen veranlasste. Deshalb erklärt *Mosler* das Myxödem für ein Leiden sui generis und dadurch unterscheidet es sich auch vom Hautsclerem, sowie durch sein elastisch-pralles Anfühlen der Haut, und bezeichnet ja *Ord* Myxödem als einen Zustand von Schwellung, der durch seinen Mucingehalt sich charakteristisch von Anasarca unterscheidet. Trotzdem hat die häufige Urinuntersuchung nicht den geringsten Inhalt von Mucin ergeben. Der Harn reducirte auch nicht nach Kochen mit verdünnten Säuren. Albumin und Zucker nicht vorhanden (obwohl mir manches Symptom für das Auftreten von Zucker zu sprechen schien, wie der häufig auftretende Durst, das Lockerwerden und Ausfallen der Zähne etc. Ref.). Der Harn war nur auffallend dünn. Tonica und Soolbäder, durch 5 Wochen, weiter Einreibungen von 2 Grm. Ung. hydrarg. ciner., nebst innerlicher Darreichung von Jodquecksilberpillen, allgemeine Körpermassage erzielten gar keine Veränderung.

Am 14. Januar klagte Pat. über Schmerzen in der Stirngegend, besonders an der Nasenwurzel, ferner in der Schläfengegend und am Halse. Ausserdem wird ihr die Nase bald sehr kalt, bald wieder warm. Die Steifigkeit des Körpers im Gleichen; sie ist noch mehr verstimmt, die Sprache viel träger, die Stimme fast tonlos. Die Haut des Nackens fühlt sich steifer an als früher, auch hier hat die Schmerzhaftigkeit zugenommen; die Nase fühlt sie undurchgängig, man findet die Nasenschleimhaut geschwollen, die Muscheln mehr vorstehend, dagegen keine reichlichere Secretion, also gerade wie im Rachen. Der Zustand der Haut ist der gleiche, wie früher geschildert. Ende Januar willigt sie endlich in die Excision eines Hautstückes. Nach den klinischen Erscheinungen glaubte *Mosler* irritative Vorgänge in den Zellen erwarten zu dürfen. Es war wohl ein schwacher Grad von Oedem vorhanden, hier und da schien im Verlaufe kleiner cutaner Arterienästchen eine reichlichere Zellenanhäufung in der Adventitia zu bestehen, allein an keiner Stelle waren wirklich pathologische Veränderungen vorhanden. Der Befund stimmt also mit dem von *Caspary* überein. Die klinischen Symptome der Haut stimmen genau mit denen, wie sie von *Ord* für Myxödem beschrieben sind und hält *Mosler* selbe für charakteristisch.

Ende April scheint die allgemeine Schwellung noch stärker geworden zu sein. Appetit sehr gering, Schlaf unruhig, ausserdem friert sie beständig.

Man ersieht, wie genau Pat. klinisch beobachtet wurde. Der Fall zeichnet sich noch dadurch aus, dass die Anschwellung des Gesichtes und der Augenlider erst viel später — im Gegensatze zu den bisherigen Beschreibungen — aufgetreten, sowie dass er zu den schwereren gehört, da die Hautanschwellung eine complete, über den ganzen Körper ver-



breitete war und für gewöhnlich die Erkrankung nur die oberflächlichen Gebilde des Gesichtes, der Lippen, Wangen und des Nasenflügels befällt und sich höchstens noch auf den Hals fortsetzt. Nur in schweren Fällen werden Extremitäten, Hände, Vorderarme u. s. w. befallen. Erst nach fünfjährigem Bestehen gesellt sich Gedächtnissschwäche dazu, mit anderen nervösen Symptomen.

Ist nun hier ein bestimmter Zusammenhang mit Vorgängen in der Schilddrüse nachzuweisen? Während es in dem Berichte des von der Londoner klinischen Gesellschaft zur Erforschung des Myxödems entsendeten Comités als entschieden angenommen heisst: „dass allen Kranken eine destructive Veränderung der Schilddrüse gemeinsam ist", ist dieser Zusammenhang nach den neuesten Untersuchungen *Munk's* zweifelhaft geworden. Nach *Horsley* und *Halliburton* entsteht durch Exstirpation der Schilddrüsen bei Affen ein Zustand, den er den mucinoiden nennt (selbst im Blute soll das Mucin vorkommen) und der einen dem menschlichen Myxödem analogen Zustand darstellt. *Munk* fand jedoch gar keine Nachtheile, sofern man die Affen bei einer Temperatur hält, an welche diese Thiere in ihrer Heimat gewöhnt sind. Auch frühere Untersuchungen ergaben stets negative Resultate und erst 1882 machte *Réverdin* darauf aufmerksam, dass Patienten nach Totalexstirpation einer Struma in einen auffallend körperlichen und geistigen Zustand verfielen. *Kocher* (Bern) ging nun der Sache nach und fand, dass von 18 Totalexstirpationen in 16 Fällen Veränderungen der verschiedensten Art vorhanden waren. *Schmied* (Pasewalk) beschreibt einen Fall eines 17jähr. Pat., welcher $2^1/_2$ Jahre vorher operirt worden. Der früher besonders aufgeweckte Junge machte nunmehr den Eindruck des fast vollkommenen Cretins: er schläft fortwährend, jede Energie und Willensäusserung ist ihm abhanden gekommen, das früher Gelernte ist total vergessen, die Stimme träge, der Blick stupid. Haut blassgelb trocken, welk; nicht weiter entwickelt, der Handrücken und die Wangen leicht geschwollen. *Drobnick* (Arch. f. experim. Pathol. 1888, H. 2) hingegen erklärt die Symptome nach Exstirpation bei Hunden als Reflexerscheinungen von der Wunde aus und nicht homolog dem Symptomencomplex der sog. Cachexia strumipriva (Myxoedème opératoire). Er sei mehr der Tetanie des Menschen gleichwerthig. Auch *Autokratow* (Wratsch, 1887) fand nur, dass die Schilddrüse eine lebenswichtige, mit dem Nervensystem in näherer Beziehung stehende Function habe, während *Ord* (Comitébericht) beim Myxödem die eigentlich drüsige Structur der Schilddrüse in ein feines fibröses Gewebe umgewandelt fand.

Ebenso wie beim Myxödem kommen auch bei Cachexia strumipriva schwere und leichtere Fälle vor; manchmal sieht man nur einzelne Symptome; auch Fälle von vorübergehender Cachexia str. sind bekannt. *Mosler's* Beobachtung beweist auf's Neue, dass das als Myxödem von *Ord* aufgestellte Krankheitsbild mit den schlimmen Stadien der benannten Cachexia grosse Aehnlichkeit darbietet. Auch bei Fällen von Myxödem hat man das Fehlen oder die auffallende Kleinheit der Schilddrüse schon nachgewiesen. (Königsberg und London: Thomas-



Hospital). In unserem Falle ergab, wie erwähnt, die Palpation der Halsgegend keine Veränderung, die auf eine Erkrankung der Schilddrüse deutet. — Am vorderen Halse unterhalb des Kinnes finden sich auffallende Wülste aus gewuchertem Fettgewebe, die auch in gesundem Zustande schon in geringem Grade bestanden zu haben scheinen. *Virchow* erinnert sich solcher Beschreibungen und hält es für zweckmässig, künftig auch diese cervicalen Lipome genauer zu beachten; vielleicht wird sich da ein weiterer Anhalt für thatsächliche Feststellungen gewinnen lassen. Bei den negativen Resultaten der Hauptuntersuchung sind die Schmerzäusserungen, die bei Druck erhöhte und gesteigerte Empfindlichkeit vorläufig als Hyperästhesie zu deuten, in Verbindung mit dem allgemeinen Nervenleiden, welches das Myxödem charakterisirt. Ausgesprochene Erscheinungen von Lähmungen motorischer und sensitiver Nerven sind nicht verhanden. (Beigegeben sind dem Separatabdrucke zwei Lithographien, denen man ansieht, dass selbe unter *Virchow's* Leitung entstanden. Vergleicht man beide Bilder, so erscheint es geradezu unglaublich, dass selbe ein und dieselbe Persönlichkeit darstellen. Wir empfehlen die Arbeit nochmals unsern Lesern wärmstens, denn *Mosler* hat darauf viel Fleiss und Mühe verwandt und es ist noch Vieles zur Erforschung dieser räthselhaften Erkrankung zu thun übrig. Uebrigens ist selbe auch bei uns schon beobachtet und beschrieben worden. College *Ujfalussy* (Debreczin) hat einen Fall von Myxödem veröffentlicht, welcher *Mosler* entgangen zu sein scheint. Derselbe findet sich in der „Pester med.-chir. Presse", 1888.)

Literatur.

717. ***Jahresbericht der chirurgischen Klinik des Hofr. Prof. Albert in Wien.*** *Schuljahr 1887. Verfasst vom ersten Assistenten Dr.* ***J. Hochenegg.*** *Urban & Schwarzenberg. 1889.*

Unter obigem bescheidenen Titel begrüssen wir mit lebhafter Freude eine neuerliche Arbeit des ausgezeichneten jungen Autors, welche in Bezug auf das quantum, quale et quomodo geradezu ein Meisterwerk genannt zu werden verdient. Ein in solcher Weise verfasster Jahresbericht hat fast den Werth eines Lehrbuches für solche Leser, die aus kurzen, aber inhaltsschweren Bemerkungen und Notizen, sowie aus Zahlen zu lernen verstehen. Wir sehen in der Arbeit *Hochenegg's* die denkbar beste Art, ein grossartiges Materiale in mustergiltiger Form zu benützen und zu verwerthen, und können den unter der bewährten Aegyde seines genialen Meisters stehenden Autor hierzu nur vom Herzen beglückwünschen. Ist doch gerade in den letzten Jahren der Werth der Jahresberichte aus den grossen Krankenanstalten in stetem Sinken begriffen, was freilich in erster Linie aus der Nichtbetheiligung der hervorragendsten Kräfte seine Erklärung finden dürfte, aber doch im Interesse der literarischen Verwerthung des riesigen Krankenmateriales tief beklagt werden muss. In der Eintheilung des Stoffes dem bewährten Vorgange *Billroth's* und *Nicoladoni's* folgend, schickt Verf. dem speciellen Theile einen allgemeinen voran, in welchem er über das Krankenmaterial an *Albert's*



Klinik, über diese selbst und endlich über die daselbst gepflogene Wundbehandlung im Allgemeinen äusserst werthvolle Angaben macht. Der specielle Theil behandelt ein Materiale von 1004 Fällen — 582 Männer und 422 Frauen —, welche in 10 Rubriken gebracht werden: Missbildungen, Verletzungen, Neubildungen, Entzündungen, tuberculöse Erkrankungen, syphilitische Erkrankungen, Actinomycosis, Hernien, diverse Erkrankungen, Contracturen. Hiervon wurden 574 Kranke einer operativen Behandlung unterzogen, davon 456 geheilt, 35 gestorben. Die grossen Unterabtheilungen des speciellen Theiles betreffen: 1. Kopf und Gesicht 186 Fälle, 2. Hals 74 Fälle, 3. Thorax 79 Fälle, 4. Bauch 34 Fälle, 5. Hernien 63 Fälle, 6. Rücken 41 Fälle, 7. Mastdarm und Anus 50 Fälle, 8. Erkrankung des uropoetischen Apparates 21 Fälle, 9. Männliches Genitale 48 Fälle, 10. Weibliches Genitale 50 Fälle, 11. Obere Extremität 127 Fälle, 12. Untere Extremität 281 Fälle. Den Schluss bildet eine sehr übersichtliche Generaltabelle des gesammten klinischen und ambulatorischen Krankenmateriales. Die 47 vorzüglichen Holzschnitte und 1 Tafel in Farbendruck, besonders interessante Fälle betreffend, zieren das Werk, und gereichen nebst der in jeder Hinsicht anzuerkennenden Gesammtausstattung des prächtigen Buches dem Verf. wie dem Verleger zur Ehre. Referent kann nicht umhin, den Wunsch auszusprechen, es möge das vorliegende Werk *Hochenegg's* bald an anderen Stätten würdige Nachfolger finden, und in ärztlichen Kreisen, vorzüglich in denen der Spitalsärzte aller Kategorien und Rangsstufen, die Verwerthung und Anerkennung finden, welche einer solchen Arbeit in hervorragender Weise gebührt. *v. Buschman.*

718. ***Das Kriegsheilwesen im Einklange mit der culturellen Entwicklung der Civilisation und Humanität.*** *Von Dr.* ***A. Ochwadt.*** *Berlin 1889.*

Verf. hat die seinem eigenen Ausspruch zu Folge überreichen feldärztlichen Erfahrungen, die er während seiner langen Dienstzeit — er hat es bis zum deutschen Generalarzt gebracht — zu sammeln Gelegenheit hatte, in der vorliegenden 200 grosse Seiten starken Arbeit niedergelegt. Er beleuchtet seinen Gegenstand in fast peinlich ausführlicher Art, ohne dass man gerade die Darstellung erschöpfend nennen könnte. Leider ist die Diction, vor Allem aber der Satzbau des Verf. ein solcher, dass viele Stellen dem Leser geradezu unverständlich bleiben müssen. So muss z. B. die Widmung, eine einzige ungeheuerliche, die ganze Seite einnehmende Satzperiode, geradezu als stylistisches Wunder bezeichnet werden. Es ist dieser Umstand um so bedauerlicher, als ja nicht nur die Absicht des Verf. dadurch vereitelt wird, dem Leser seine Lebenserfahrungen preiszugeben, sondern auch gewiss manches höchst Beachtenswerthe und Nützliche, was in dem colossalen Aufbaue ungeheurer Perioden steckt, unverstanden oder gar ungelesen bleiben wird. Verf. stellt elf Hauptfragen auf, deren mehr minder ausführliche Beantwortung den Gegenstand seines Buches ausmachen. Der relativ interessanteste, weil nicht allein raisonnirende, sondern auch historisch-kritische Theil ist die 76 Quartseiten umfassende Beantwortung der letzten Frage, welche also lautet: Unter welchen positiven verpflichtenden Bedingungen kann die freiwillige Krankenpflege als ein nicht zu unterschätzender Gewinn und als werthvolle Stärkung der amtlichen Feldsanität zur Kriegszeit erachtet werden? Referent ist überzeugt, dass ein aufmerksamer Leser, der sehr viel Zeit und Geduld an die besprochene Arbeit verwenden kann und will, gar manches Wissenswerthe und Lehrreiche darin finden wird.

v. Buschman.



719. ***Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung.*** *In kurzgefasster Darstellung von Dr.* ***August Forel****, Prof. d. Psychiatrie u. Director der cantonalen Irrenanstalt in Zürich. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke, 1889. 88 S. 8°.*

Die Frage des Hypnotismus und die Anwendung desselben zu therapeutischen Zwecken hat, wie alles Neue, was dem Publikum dargeboten wird, ihre Anhänger und ihre Gegner, welche sich ziemlich schroff gegenüberstehen. Verfasser ist es in der vorliegenden kurzen Schrift gelungen, dem ärztlichen Publikum die wichtigsten Thatsachen des Hypnotismus und seiner gegenwärtigen Theorie in eine gedrängte Darstellung zusammenzufassen, so dass der Arzt aus derselben die Grundlagen für ein weiteres Fortschreiten auf diesem Gebiete finden wird. Die eigenen Erfahrungen des Verfassers und der kritische Standpunkt, den derselbe als Psychiater vom Fach einnimmt, äussern sich ebenso in der Klarheit der Diction wie in der ruhigen Erörterung der hier in Betracht kommenden Fragen. Mit *Bernheim* ist auch Verfasser überzeugt, dass jeder geistig gesunde Mensch an sich hypnotisirbar ist und dass es nur gewisse momentane Zustände der Psyche sind, welche die Hypnose verhindern können. Die Erscheinungen ergeben sich daraus, dass man durch Suggestion in der Hypnose sämmtliche bekannte subjective Erscheinungen der menschlichen Seele und einen grossen Theil der objectiv bekannten Functionen des Nervensystems produciren, beeinflussen, verhindern (hemmen, modificiren, lähmen oder reizen) kann. Wir stimmen den Worten des Verfassers bei, der den Gegnern zuruft: „Prüfe nach bevor Du urtheilst!" —*r.*

720. ***Das Stotterübel mit Berücksichtigung der streng individualisirenden Behandlung nach den neuesten praktisch-wissenschaftlichen Errungenschaften.*** *Dargestellt von Dr.* ***Rafael Coën****, prakt. Arzt u. Spracharzt in Wien. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889. 152 S. 8°.*

Verfasser schildert diesmal die Behandlung des Stotterns auf Grundlage von 20 Fällen dieses Sprechübels in Form eines Briefwechsels zwischen den Kranken, beziehungsweise deren Angehörigen, welche dem Verfasser die specielle Form ihres Uebels brieflich mittheilen und dem Arzte, welcher in seinen Antworten auf jene Briefe in erschöpfender Weise den betreffenden Fall analysirt und die Anweisung zur Hebung des Uebels mittheilt, „so dass jede Antwort mit dem vorhergehenden Briefe ein abgeschlossenes, den bestimmten Fall berücksichtigendes Ganzes und zugleich ein abgerundetes Glied der Gesammtkette bildet". Dieser sehr lehrreichen originellen Form der klinischen Casuistik, welche selbstverständlich sämmtliche typischen Fälle des Stotterübels umfasst, ist als Anhang eine Anleitung zur methodischen Anwendung der vom Verfasser angegebenen Athem- und Stimmgymnastik beigegeben, deren consequente Durchführung das wesentliche Bekämpfungsmittel des Stotterns bildet. Das Werkchen *Coën's* wird Aerzten und Kranken gewiss von grossem Nutzen sein. —*sch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

721. ***Ueber die Aetiologie und die Diagnose der Carcinome, insbesondere derjenigen der Zunge und Lippe.*** *Vortrag von Prof.* ***Esmarch****, gehalten beim XVIII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, April 1889.*

An allen Körpertheilen, aber besonders häufig an der Zunge und an den Lippen, kommen verschwärende Geschwülste vor, welche dem Krebse ähnlich sind, ohne krebsig zu sein (Syphilome, Tuberculome, Pilzgeschwülste). Dieselben sind durch ihr Aussehen und den klinischen Verlauf nicht immer von Krebsen zu unterscheiden. Diese Geschwülste erfordern eine andere Behandlung, als die Krebse. Letztere müssen so früh und so gründlich als möglich durch das Messer entfernt werden, erstere sind oft durch innere Mittel und durch geringere operative Eingriffe heilbar. Deshalb ist es in allen Fällen, wo grössere und verstümmelnde Operationen in Frage kommen, nothwendig, die anatomische Diagnose vor der Operation zu stellen.

Die mikroskopische Untersuchung kann in den meisten Fällen die anatomische Diagnose sichern. Dazu kann es nothwendig werden, wiederholt Theile der Geschwulst aus der Tiefe zu entnehmen und man darf sich nicht scheuen, zu dem Zwecke selbst grössere chirurgische Eingriffe vorzunehmen. Zu den diagnostischen Voroperationen gehören: Akidopeirastik, Ausschabung, Excision grösserer Scheiben, Laryngotomie, Laparotomie, Trepanation, gewaltsame Erweiterung des Mastdarms, der Harnröhre, äusserer Harnröhrenschnitt, hoher Blasenschnitt.

Am häufigsten geben zu Verwechslungen Anlass die Syphilome. Die Sarcome des Muskelgewebes sind meistens luetischer Natur (Syphilome) und durch innere Mittel heilbar. Da die Zunge vorzugsweise aus Muskelgewebe besteht, so kommen auch in derselben häufig Syphilome vor. Dasselbe gilt für die Lippen. Syphilome können viele Jahre nach der Infection auftreten, ohne dass inzwischen andere Erscheinungen von Syphilis vorhanden gewesen sind. Sie können jahrelang als Geschwülste bestehen, ohne zu ulceriren. Ererbte Syphilis kommt bisweilen erst in späten Lebensjahren zum Vorschein.

Wenn die anatomische Untersuchung einer Zungen- oder Lippengeschwulst keinen Beweis liefert, dass es sich um Krebs handelt (alveolärer Bau, Epithelzapfen, Krebsperlen), sondern nur ein negatives Resultat ergibt (Granulationsgewebe, junges Bindegewebe, Spindelzellen), und wenn sich auch keine Tuberkel (Riesenzellen, Tuberkelbacillen, begleitende Tuberkelgeschwüre, Lungentuberculose) und keine Strahlenpilze nachweisen lassen, so muss man zunächst ein Syphilom diagnosticiren, auch wenn keine anderen Zeichen von erworbener oder ererbter Syphilis nachzuweisen sind. In solchen Fällen kann eine antisyphilitische Cur die Diagnose feststellen. Da dieselbe nicht immer in wenigen Tagen, bisweilen erst nach Monaten sich wirksam zeigt, so ist die Cur mit Beharrlichkeit und mit verschiedenen antiluetischen Mitteln (Jodkali, Jodol, Quecksilber, Kräutercuren, Arsenik) fortzusetzen. Werden die Syphilome exstirpirt, so stellen sich meist rasch Recidive und alle anderen Zeichen der Bösartigkeit ein.

Auch die geschwulstartigen Tuberkelknoten (Tuberculome) der Zunge und Lippe können mit Krebs verwechselt werden. Sie können primär (das heisst ohne andere Erscheinungen der Tuberculose) auftreten, lange bestehen, ohne zu vereitern und aufzubrechen und bilden bisweilen

sehr grosse Geschwülste (encephaloide Form), zu denen sich auch Anschwellungen der benachbarten Drüsen gesellen. Die mikroskopische Untersuchung weist Tuberkel, in junges Bindegewebe eingebettet, nach. Die Tuberculome sind bisweilen durch Excision, aber auch durch Ausschabung mit nachfolgender Thermocauterisation zu heilen.

Endlich können auch actinomycotische Geschwülste der Zunge mit Krebs verwechselt werden. Die mikroskopische Untersuchung weist meistens die Strahlenpilze nach. Sie werden durch Ausschabung mit nachfolgender Einreibung von Borsäure geheilt.

Für die Entstehung bösartiger Neubildungen lassen sich in vielen Fällen als Gelegenheitsursachen gewisse Reize nachweisen, sowohl einmalige Verletzungen, als dauernde, eingedrungene Fremdkörper, Tabak, Russ, Paraffin etc. Sehr häufig entstehen bösartige Neubildungen in Narben verschiedener Art, nach Verbrennungen, Exstirpationen, Amputationen, Decubitus. Ebenfalls entstehen bösartige Neubildungen häufig in langdauernden Geschwüren gutartiger Natur, besonders in Folge wiederholter Reizungen oder in Folge des Alters (alte Beingeschwüre, Lupusgeschwüre, syphilitische Geschwüre, Magengeschwüre, Oesophagusgeschwüre). Auch gutartige Neubildungen können sich mit der Zeit in bösartige verwandeln (Warzen, Hauthörner, Muttermäler, Papillome, Condylome, Atherome, Syphilome). Chronische Reizungszustände der äusseren Haut und Schleimhaut können zur Entstehung von bösartigen Neubildungen die Veranlassung geben (Leukoplakie, Eczeme, Xeroderma pigmentosum).

Die Hypothese *Cohnheim's* von der Entstehung der bösartigen Geschwülste aus zurückgebliebenen embryonalen Keimen ist unhaltbar. Dass der Krebs eine durch Mikroorganismen hervorgebrachte Infectionskrankheit sei, ist bisher nicht erwiesen, auch nicht sehr wahrscheinlich. Auch die anderen Hypothesen über die Entstehung der bösartigen Geschwülste erklären nicht, weshalb sich auf dieselben Reize in der grossen Mehrzahl der Fälle kein Krebs entwickelt. Alle Forschungen über die letzte Ursache der Entstehung von bösartigen Geschwülsten kamen bisher immer auf die Annahme zurück, dass es sich dabei um eine Prädisposition, eine verminderte Widerstandsfähigkeit, Schwäche der Gewebe handle. Da sich eine Ursache für die Entstehung solcher Schwäche bei den Erkrankten selbst in vielen Fällen nicht nachweisen liess, so kam man immer wieder auf die Erblichkeit der Prädisposition zurück, ohne jedoch häufig eine erbliche Anlage nachweisen zu können. Es kann aber die Neigung zur Geschwulstbildung ebensowohl abhängen von einer Neigung zur Wucherung gewisser Gewebe und diese Neigung kann sowohl ererbt als erworben werden. Durch Wucherung des Bindegewebes, namentlich der Gefässwände, entstehen die Sarcome, durch Wucherung des Epithels entstehen die Carcinome. Es ist nicht unmöglich, dass bisweilen das Hineinwachsen der wuchernden Gewebe in das Nachbargewebe (Spalträume, Gefässwände) mit einer Schwäche des letzteren zusammenhängt. So könnte die Entstehung des Krebses in entzündeten und ulcerirten Geweben durch das Eindringen des Epithels in das durch Entzündung geschwächte Bindegewebe erklärt werden. Die Entstehung der Sarcome auf luetischer Grundlage gibt Anhaltspunkte für die Entstehung der bösartigen Geschwülste überhaupt.

Die Syphilis, namentlich die alte, unvollkommen behandelte, nicht geheilte, scheinbar erloschene, hinterlässt eine Neigung zu Wucherungen aus der Gruppe des Bindegewebes (gummöse Entzündungen, Gummata),



welche gelegentlich, nach Traumen und Reizungen irgend welcher Art, auch Geschwülste aus der Gruppe des Bindegewebes, Sarcome, Fibrome, Myome, Neurome, hervorbringt. Dieselben sind durch innere Mittel oft heilbar, verschwinden auch bisweilen von selbst (Eiterung, Erysipelas). Werden solche Geschwülste durch das Messer entfernt, so kehren sie bisweilen nicht wieder, recidiviren aber meistens mit grosser Hartnäckigkeit und immer kürzeren Zwischenräumen (recurring tumours). Sie können auch, wie die bösartigsten Krebse, durch Vermittlung des Lymph- und Blutstroms zu allgemeiner Metastasenbildung die Veranlassung geben (Miliarsyphilome des Bauchfells). In manchen Syphilomen haben die Zellen eine kurze Lebensdauer, neigen zum Zerfall durch Verfettung, Ulceration (Gummata), in anderen ist die Zellenbildung sehr massenhaft und auf jüngster Stufe stehen bleibend (kleinzellige Sarcome, Markschwämme). Die späten Formen der Syphilis können bald nach der Infection auftreten, aber sowohl die gummösen Entzündungen, als die syphilitischen Geschwülste treten oft erst nach vielen Jahren (40 und mehr) völliger Latenz auf, nicht selten ohne dass primäre und secundäre Erscheinungen zur Beobachtung gekommen sind oder zugestanden werden.

In anderen Fällen, wo eine Infection mit Sicherheit auszuschliessen ist, bleibt nichts anderes übrig, als eine erbliche Syphilis anzunehmen. In einigen konnte auch Syphilis der Eltern als Ursache mit Bestimmtheit nachgewiesen werden, und zwar können sich solche ererbte Syphilome in jedem Lebensalter bei scheinbar ganz Gesunden entwickeln. Wo eine ererbte Anlage von den Eltern hier nicht nachgewiesen werden kann, da ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Anlage zur Wucherung gewisser Gewebe, zur Geschwulstbildung, von früheren Generationen herstammt. Eine solche Annahme hat nichts Auffallendes, da wir wissen, dass viele krankhafte Anlagen von weit zurückliegenden Generationen ererbt werden können (Missbildungen, Muttermäler, Riesenwuchs, Gicht, Bluterkrankheit, Hautkrankheiten). Auch solche ererbte Krankheiten treten bisweilen erst in späteren Jahren bei scheinbar ganz gesunden Menschen auf, überschlagen oft mehrere Generationen, um dann wieder deutlich hervorzutreten (Atavismus). Ueber die Erblichkeit aus früheren Generationen geben weder die Krankenbücher der Kliniken, noch die gewöhnlichen Statistiken Aufschluss. In einigen Fällen können Familienärzte oder gut geführte Familienchroniken alter Geschlechter werthvolle Beiträge liefern.

Für die Syphilis ist die Möglichkeit der Vererbung unzweifelhaft nachgewiesen. Dass auch hier Generationen von dem Ausbruch der Krankheit überschlagen werden können, ist wahrscheinlich. Auch können ja Glieder in frühen Jahren dahingestorben sein, ehe die ererbte Krankheit bei ihnen zum Ausbruch gekommen ist. Seit undenklichen Zeiten herrschte in den verschiedensten Weltgegenden die Syphilis als Volkskrankheit und richtete die grössten Verheerungen an. Erst zu Anfang dieses Jahrhunderts wurden alle diese unter den verschiedensten Namen beschriebenen Krankheitsformen als theils ererbte, theils erworbene und durch Ansteckung fortgepflanzte Syphilis (Syphiloid) erkannt und zweckmässiger als früher behandelt, so dass der endemische Charakter sich verlor. Diese Krankheiten zeichnen sich aus durch fressende Geschwüre, welche aus Bindegewebswucherungen der Haut (Knoten) entstehen. Da nicht anzunehmen ist, dass alle diejenigen Familien, in denen damals die Krankheit herrschte, ausgestorben sind, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass bei vielen Nachkommen derselben eine Anlage zur Entstehung von Binde-

gewebswucherungen (Prädisposition zur Geschwulstbildung) zurückgeblieben ist, auch wenn dieselben ganz gesund und kräftig zu sein scheinen.

Dass auch in unserer Zeit noch, besonders in grossen volkreichen Städten, aber auch in Landdistricten die Syphilis sehr verbreitet ist, sehr oft verkannt, unzweckmässig oder gar nicht behandelt wird und sich dann auf folgende Generationen vererben kann, ist sicher. Ob auch die Anlage zur Wucherung des Epithelgewebes (zu Carcinomen) in ähnlicher Weise zu erklären sein wird, muss weiteren Forschungen überlassen bleiben. Bekannt ist, dass Wucherungen der oberflächlichen Hautschichten, Xeroderma, Psoriasis, Ichthyosis, Eczem, in hohem Grade erblich sind.

Kleine Mittheilungen.

722. ***Folgenden Fall von Trismus und Tetanus bei Orchitis gonorrhoica*** berichtet Dr. *Josef Samter:* Ein 28jähr. Oekonom erkrankte unter dem typischen Bilde des Trismus und Tetanus; mit Ausnahme der Oberarme war die ganze Musculatur tetanisch ergriffen. Eine Verletzung war nicht vorausgegangen, dagegen fand sich als Folge einer Gonorrhoe und gonorrhoischen Orchitis eine Fistula testiculi sinistri mit Schwund des Hodens, die *Samter* umsomehr als Grund des Tetanus ansehen zu müssen glaubt, als ja auch sonst Verletzungen der männlichen Geschlechtstheile zu Tetanus und Trismus disponiren. — Der Tetanus und Trismus schwanden in Folge Darreichung von 5 Gramm Chloralhydrat pro die; auch die Hodenfistel wurde geheilt. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 17. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 41.)

723. ***De la vaginite et de son traitement.*** *Par Foveau. Thèse de Paris. 1888.*

Nachdem die Vaginalblennorrhoe eine durch Einwanderung des Gonococcus erzeugte parasitäre Erkrankung darstellt, ist antiparasitäre Therapie am Platze. *Foveau* empfiehlt nach dem Vorgange *Balzer's:* 1. Injectionen von Bijodatum hydrargyri 1 : 4000. 2. Tamponade der Vagina mit Salolöl (20—20 Gramm Salol auf 100 Ol. olivarum), Jodoformglycerin (5 : 100), Creosyllösungen (2 : 100), Vaginalsuppositorien mit Jodoform, Eucalyptus, Salol, Sublimat, Chloralhydrat.

Finger.

724. ***Ueber einen Fall von Melanosarcom in inneren Organen.*** *Von P. Guttmann. (Deutsche med. Wochenschr. 1888. 52. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 23.)*

Ein Fall von Melanosarcom des Bulbus oculi mit secundären Melanosarcomen im Herzen, im Darm, im Unterlappen der rechten Lunge und in der rechten Niere bei einer 68 Jahre alten Frau. Merkwürdig ist die lange Latenzperiode zwischen dem Entstehen des primären Tumors in der Orbita und dem Auftreten von Metastasen in inneren Organen; dieselbe beträgt dem klinischen Verlauf zufolge 30 Jahre.

725. ***Phosphorumsatz bei Diabetes.*** *Von Lewin. Klinik des Prof. Manasein. (Wratsch. 1888. 33—36. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 23.)*

Verf. bestimmte in einem Falle von Diabetes den N in Nahrung, Koth und Urin, ebenso P_2O_5. Die äusserst umfangreiche Arbeit mit vielen Tabellen ergibt, dass der P_2O_5-Umsatz verringert ist, d. h. es erscheinen beim Diabetes etwa 10 Procent der aufgenommenen Menge weniger im Urin als beim Gesunden. Bei demselben Kranken ergab eine 8tägige Magensaftuntersuchung normale Säureverhältnisse, doch war die Verdauung eines Eiweisswürfels im Thermostaten entschieden verlangsamt.

726. ***Fussstreupulver.*** Gelegentlich einer Bemerkung über die Behandlung von Schweissfüssen mit Chromsäure erwähnt Oberfeldarzt Dr. *Ziegler*-Bern, dass sich das in der schweizerischen Armee eingeführte Fussstreupulver, welches aus 2 Theilen Alaun und 10 Theilen Talk besteht, bisher bestens bewährt hat.

(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1889. 382. — Pharmac. Post. 1889. 26.)



727. ***Pikrinsäuredermatitis.*** *Von Dr. R. v. Hoesslin. (Münchener med. Wochenschr. 1888. 38. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 25.)*

Ein Mann, der mit orangegelbem Leder gefütterte Schuhe getragen hatte, bekam ein Eczem der Füsse, das unter indifferenten Salbenverbänden, resp. Borsäureverbänden rasch abheilte.

Die Untersuchung des Farbstoffes des Futterleders ergab, dass die Färbung mit Pikrinsäure im Uebermass geschehen war, einfaches Reiben mit dem nassen Finger bewirkte schon Abfärbung.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Brehmer, Dr. Hermann, dirigirender Arzt. Mittheilungen aus Dr. *Brehmer's* Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf. Mit elf Curventafeln und mehreren in den Text gedruckten Holzschnitten. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1889.

Coën, Dr. Rafael, prakt. Arzt und Spracharzt in Wien. Das Stotterübel mit Berücksichtigung der streng individualisirenden Behandlung nach den neuesten praktisch-wissenschaftlichen Errungenschaften. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Forel, Dr. August, Professor der Psychiatrie und Director der cantonalen Irrenanstalt in Zürich. Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung. In kurzgefasster Darstellung von —. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Grosser, Dr. Julius. Therapeutische Notizen der deutschen Medicinal-Zeitung. 1880—1889. Heft II. Bogen 6—10. (Gelenkentzündung—Pharyngitis.) Berlin 1889, Verlag der deutschen Medicinal-Zeitung (Eugen Grosser).

Kafemann, R. Dr. med. Ueber elektrolytische Operationen in den oberen Luftwegen. Vortrag gehalten in dem Vereine für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg am 15. April 1889. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1889.

Schmidt-Rimpler, Dr. Hermann, ord. Professor der Augenheilkunde und Director der ophthalmiatrischen Klinik zu Marburg. Augenheilkunde und Ophthalmoskopie, für Aerzte und Studirende bearbeitet. 4. verbesserte Auflage. Mit 169 Abbildungen in Holzschnitt und einer Farbentafel. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1889.

Volkmann, Richard v. Sammlung klinischer Vorträge. In Verbindung mit deutschen Klinikern herausgegeben von —. Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1889.

Nr. 340. *Schuchardt Karl.* Ueber das Wesen der Ozaena, nebst einigen Bemerkungen über Epithelmetaplasie.

Nr. 341. *Peyer Alexander.* Der Urin bei Neurosen.

Nr. 342. *Staffel Erich.* Ueber Verengerung und Verschluss in den verschiedenen Abschnitten des Magendarmcanales und deren chirurgische Behandlung.

Nr. 343. *Martin August.* Ueber partielle Ovarien und Tubenexstirpation.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

728. ***Drüsenfieber.*** *Von Dr.* ***E. Pfeiffer*** *in Wiesbaden. (Jahrb. f. Kinderhk. Bd. 19. Hft. 3—4.)*

Pfeiffer beschreibt den klinischen Verlauf einer sehr häufig vorkommenden Krankheit, über welche in der Literatur überhaupt kein Wort erwähnt ist. Ein Kind von 5, 6 oder 8 Jahren erkrankt mit heftigem Fieber, Schmerzen in allen Gliedern und grosser Unruhe, oft auch mit Erbrechen und Appetitlosigkeit. Das Fieber steigt bis 39—40°, die Zunge wenig belegt, Fauces leicht geröthet, jedoch ohne Belag. Stuhl retardirt. Am Halse findet sich grosse Schmerzhaftigkeit beim Schlucken und bei Bewegungen und die Untersuchung ergibt mehrere im ganzen Umfange des Halses geschwellte und schmerzhafte Lymphdrüsen, besonders aber am hinteren Rande des Kopfnickers und im Nacken. Am anderen Tage ist häufig das Fieber bereits geschwunden, das Kind ist wieder munter und nur die geschwellten Lymphdrüsen am Halse sind einige Tage noch nachzuweisen. Nach kurzer Zeit schwinden auch diese. In anderen Fällen dauert das Fieber länger, die Krankheit zieht sich durch Nachschübe 8—10 Tage hin, die Drüsen schwellen erst auf der einen Seite, um am anderen Tage auch auf der anderen Seite anzuschwellen. Die Schleimhaut des Schlundes röthet sich etwas mehr, es kann auch Hustenreiz bestehen und es zeigt sich das Bild eines Schnupfens. Am 3. oder 4. Tage ist jedesmal d i e L e b e r u n d M i l z d e u t l i c h v e r g r ö s s e r t; beide palpabel und tritt zunächst Schmerzhaftigkeit am Unterleibe auf, die ganz genau in der Mittellinie und genau in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse sitzt. Der Schmerz daselbst wird mehr spontan als auf Druck empfunden. Weitere Localerscheinungen bestehen keine. Der leichte Hustenreiz und die angegebenen Schmerzen im Unterleib deuten vielleicht darauf hin, dass ausser den Nackendrüsen, Leber und Milz auch die retroösophagealen, retrotrachealen und mesenterialen Drüsen geschwellt sind. — Viele ähnliche Fälle, besonders wenn sie sich länger hinziehen, können zu irrthümlichen Diagnosen verleiten, Scharlach oder Typhus befürchten lassen, wovor nur das charakteristische Symptom der Drüsenschwellungen am Halse schützen kann. Die Prognose ist immer günstig, auch in schweren Fällen; die Drüsen übergehen nie in Eiterung. Die klinische Beobachtung charakterisirt diese Erkrankung als I n f e c t i o n s k r a n k h e i t, denn sie tritt in Epidemien



auf, u. zw. in Hausepidemien, von welchen Verf. eine besonders lehrreiche Hausepidemie schildert. Die Diagnose „Drüsenfieber" kann jedoch nur dann gestellt werden, wenn, bei bestehendem Fieber, die Nackendrüsen sozusagen unter den Augen des Beobachters anschwellen und wenn sie deutlich schmerzhaft werden. Die Localisation der angeschwollenen Drüsen hinter dem Kopfnicker ist differential-diagnostisch wichtig, um abortive Diphtherie, d. h. Diphtheritis der Mandeln ohne Belag auszuschliessen. Typhus abortivus unterscheidet sich durch seinen charakteristischen Curvenverlauf, dem Kopfschmerz, der begleitenden Bronchitis und dem typhösen Stuhl. Scharlach, Masern und Varicellen konnte Verf. in allen seinen Fällen von „Drüsenfieber" ausschliessen. Die Therapie beschränkt sich auf Oeleinreibungen der geschwellten Drüsen, Einpackungen des Halses in Watta und Bettruhe in schweren Fällen. In einem Zusatze zu Verf.'s Ausführungen schliesst sich *Heubner* dieser Anschauung an, die er noch durch einige selbst beobachtete casuistische Fälle ergänzt. In zwei Fällen von „Drüsenfieber" beobachtete dieser sogar Nephritis, ein Beweis für den allgemeinen Charakter dieser Erkrankung als Infectionskrankheit.

Dr. *Steigenberger*, Budapest.

729. ***Ueber die Function des Magens bei Phthisis tuberculosa.*** *Von Prof.* ***Immermann*** *in Basel. (Wiesbad. Congress 1889.)*

Zur Heilung der Tuberculose bleibt nach wie vor die Kräftigung der Constitution des Phthisikers als Hauptaufgabe bestehen. Gute Luft und angemessene Ernährung bilden hierfür die vorzüglichsten Bedingungen; doch stösst die erforderliche reichlichere Speisezufuhr oft auf grosse Schwierigkeiten, da Appetitmangel und das Vorhandensein gastrischer Beschwerden während der Verdauungszeit grosse Hindernisse bilden. Ob gastrische Dyspepsie vorliegt oder lediglich eine nervöse, war noch zu entscheiden. Deshalb hat *Immermann* auf seiner Klinik die Magenfunction der Phthisiker geprüft und dabei weniger auf die chemische, mehr aber auf die klinische Seite der Frage Rücksicht genommen. Es wurde 54 Phthisikern verschiedenster Krankheitsgrade Mittags die *Leube*'sche Probemahlzeit gegeben, und bei allen war der Magen nach circa 6 Stunden leer von festen Speiseresten und in 51 von Flüssigkeit. Weder vorgeschrittene Cachexie, noch hohes Abendfieber zeigten Verzögerung der Verdauungszeit. Es wurde ferner bei circa 45 Phthisikern festgestellt, dass die Morgenproduction der Salzsäure hinter der der Gesunden nicht zurückbleibt. Endlich wurde die peptische Energie als die gleiche wie bei Gesunden gefunden. Hiernach scheint es, dass die gastrischen Symptome bei Phthisis überwiegend nervöser Natur sind. Aeltere Dyspepsien sind unabhängig von der Tuberculose und getrennt von dieser aufzufassen.

Hausmann, Meran.

730. ***Ueber Basedow'sche Krankheit und das Verhalten des Halssympathicus bei derselben.*** *Von* ***J. Aug. Hammer.*** *(Upsala Läkareforenings Förhandl. Bd. XXIV. Heft 2 und 3, pag. 201.)*

Die Ansicht *Benedikt's*, dass bei Morbus Basedowii nicht, wie lange angenommen wurde, der Halssympathicus die erkrankte Nervenpartie sei, wird durch eine im akad. Krankenhause zu



Upsala gemachte Beobachtung bestätigt. In dem von *Hammer* beschriebenen Falle war die Annahme einer Halssympathicuserkrankung um so wahrscheinlicher, als der Exophthalmos sich linksseitig rascher entwickelt hatte, und gleichzeitig Empfindlichkeit über dem Ganglion cervicale sup. sinistrum bestand, auch lange Zeit ein linksseitiges Kopfweh vorhanden war, das den Charakter einer Hemicrania paralytica trug. Nichtsdestoweniger ergab die genaueste mikroskopische Untersuchung keinerlei Veränderung des Halssympathicus. Von 22 in der Literatur von 1860 bis 1887 vorhandenen Sectionen an Morbus Basedowii Verstorbener, in denen der Sympathicus untersucht wurde, bieten 15 normale Verhältnisse; in 7 fanden sich meist einseitig entweder Atrophie der Nervenelemente, besonders der Ganglienzellen, oder Zunahme des interstitiellen Bindegewebes, oder beide Veränderungen nebeneinander. *Th. Husemann.*

731. ***Incarceratio interna. — Laparotomie. — Regulinisches Quecksilber.*** *Von Dr.* ***Gelpke.*** *(Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. 1889. 2. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 23.)*

Gelpke kommt an der Hand von 4 Fällen innerer Einklemmung, von denen zwei operativ — einer mit, einer ohne Erfolg — und zwei medicamentös mit regulinischem Quecksilber — beide mit Erfolg — behandelt wurden, zu folgenden Schlüssen: 1. Das regulinische Quecksilber scheint ein sehr wirksames Mittel in Zuständen von Darmverschluss. 2. Dasselbe scheint völlig indifferent für den menschlichen Organismus zu sein, wenn es nicht durch besondere Umstände lange Zeit im Darm zurückgehalten wird. (Letzteres war der Fall bei dem einen der Kranken, bei welchem nach Verabreichung von 4 Theelöffel Quecksilber mehr als 12 Wochen lang Quecksilber mit dem Stuhl entleert wurde und der Urin Quecksilberreaction zeigte; hier stellten sich auch nicht unbedenkliche Zeichen von Quecksilberintoxication ein, bestehend in hochgradiger Abmagerung, psychischer Aufregung, Haarschwund, mässiger Stomatitis, während der andere Patient nie die leiseste Spur von Mercurialismus zeigte.) 3. Bei Anwesenheit einer Hernie empfiehlt es sich in der Regel, den Bauchschnitt von der Bruchpforte ausgehen zu lassen. 4. Es dürfte sich empfehlen, in Rücksicht auf die unsicheren und wenig glänzenden Resultate der Laparotomie im Allgemeinen nicht vor dem 4.—6. Tage zu operiren und vorerst andere Mittel, vor Allem regulinisches Quecksilber, anzuwenden.

732. ***Lungentuberculose durch Gesichtserysipel geheilt.*** *Von Dr.* ***Waibel*** *in Dillingen. (Münchn. med. Wochenschr. 1888. 48. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 22.)*

Verf. theilt einen Fall mit, in welchem eine schon weit entwickelte Lungentuberculose (der Nachweis von Tuberkelbacillen fehlt) durch ein hinzugekommenes Gesichtserysipel plötzlich zum Stillstand gebracht und dem schon aufgegebenen Patienten volle Gesundheit und Arbeitsfähigkeit gegeben wurde. Ein 33jähriger Mann, früher stets gesund, hereditär belastet und Potator, überstand im Jahre 1882 eine acute Nephritis, seit October 1887 Appetitlosigkeit, Hitze und Schweiss, Husten und blutiger Auswurf und dabei Abmagerung. Bei der Aufnahme in das Kranken-



haus Ende December 1887 fanden sich bei dem Patienten die deutlichen Erscheinungen eines rechtsseitigen Spitzeninfiltrates und im Hinblick auf die übrigen Symptome wurde die Diagnose auf beginnende Lungenphthise gestellt; das Allgemeinbefinden wurde stetig schlechter. Patient fieberte, magerte sehr ab, die Lungenerscheinungen nahmen zu und auch auf der linken Thoraxseite trat Dämpfung und unbestimmtes Athmen auf, so dass die Prognose sehr ungünstig gestellt werden musste. Da bekam Patient plötzlich ein Gesichtserysipel, das unter excessiven Temperaturen, Kopfschmerzen und Delirien verlief und nach achttägiger Tour um den ganzen Kopf herum sein Ende fand. Zwei Tage nach dem überstandenen Erysipel änderte sich wie mit einem Schlage das ganze Krankheitsbild: Patient blieb fieberfrei, hustete nicht mehr, bekam grossen Appetit, regelmässigen Stuhlgang, die Kräfte nahmen zu, Patient schlief sehr gut und war nach $^{1}/_{4}$ Jahr wieder vollständig arbeitsfähig. Im October 1888 fand Verf. den Patienten gut genährt und gesund aussehend und ausser einer leichten Dämpfung und etwas unbestimmtem Athmen objectiv nichts mehr nachweisbar.

733. ***Zur Pathologie des Melkerkrampfes.*** *Von* **E. Remak.** *(Deutsche med. Wochenschr. 1889. 13. — Schmidt's Jahrb. 1889. 5.)*

Ein zur Zeit 30jähriges kräftiges Mädchen war seit früher Jugend als Viehmagd beschäftigt gewesen und hatte 15 Kühe täglich 3mal gemolken, ohne Beschwerden zu empfinden. Sie war dann 10 Jahre lang Dienstmädchen in der Stadt gewesen und hatte erst vor Kurzem wieder zu melken angefangen. Sie hatte sich dabei sehr angestrengt und schon nach einigen Tagen waren ihr die Finger beim Melken abgestorben und hatten sich krampfhaft zusammengezogen. Nach etwa 10 Tagen traten auch in der Nacht schmerzhafte Krämpfe auf und wurden die Finger dauernd schwer beweglich und unempfindlich. Länger als 3 Wochen versuchte die Kranke trotz der Schmerzen und Krämpfe in der Molkerei auszuharren. Dann kam sie zu Verf. mit contracturirten lividen und kühlen Händen. Alle Finger waren gebeugt und konnten von ihm nur mit Mühe gestreckt werden. Von Zeit zu Zeit verstärkte sich die Contractur, traten Kribbeln und Schmerzen in der Hand und im Arm ein. Nach galvanischer Behandlung des N. medianus am Oberarm und des Plexus brach. durch die Anode verschwand die dauernde Contractur, wurden die Anfälle milder und seltener. Der Daumenballen war paretisch und etwas atrophisch, das Medianusgebiet an der Hand (zum Theil auch das Radialisgebiet) anästhetisch. Druck auf den Daumenballen erregte Schmerz. Es bestand im Opponens poll. rechts complete, links partielle Entartungsreaction. Es waren also die sicheren Zeichen einer peripherischen Neuritis vorhanden, einer „professionellen localisirten degenerativen Neuritis". Verf. ist der Ansicht, dass ein Theil der Fälle von sogen. „Beschäftigungsneurosen" auf Neuritis zu beziehen ist, wenn auch in der Mehrzahl eine Coordinationsstörung bestehen mag. (Ref. *Möbius* erinnert, hieran anknüpfend, an seine Mittheilung über „Zitherspielkrankheit" [Berl. kl. Wochenschr. 1880, 21], welche wenig Beachtung gefunden hätte. Der erste der von ihm beobachteten Fälle war dem oben beschriebenen nicht unähnlich: Wie hier nach angestrengtem

Melken, dort nach übertriebenem Zitherspiel Schmerzen im Metacarpus und im Daumenballen, Atrophie beider Daumenballen mit Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit; Heilung.)

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

734. ***Ueber die Behandlung Tabischer mittelst Suspension.*** *Von Prof.* ***Bernhardt*** *in Berlin. (Berliner klin. Wochenschr. 1889. 24.)*

Seit October vorigen Jahres behandelt *Charcot* nach dem Vorgange *Motschukowski's* Nerven- und besonders Tabeskranke durch Suspension, nachdem 10 Jahre vorher *Langenbuch* die Dehnung der Nerven eingeführt. Das von *Charcot* beschriebene Verfahren, Tabiker mittelst Aufhängeapparates zu behandeln, welches von *Sayre* zur Anlegung seines Gypscorsets empfohlen war, veranlasste *Bernhardt*, seit dem 22. Februar 256 Aufhängungen vorzunehmen an 19 Männern und 3 Frauen, ohne den Kranken wirkliche Schmerzen zu bereiten, ausgenommen einmal in Folge des Riemens in der Nacken-Hinterhauptgegend. Diese Riemen und die ebenso unentbehrlichen Schlingen, durch welche die Arme gesteckt werden, sollen durch zwischengelegte Watte oder Tücher gepolstert werden, um Druckparalyse der Armnerven in der Achselhöhle zu umgehen. Die meisten Proceduren überschritten die Zeitdauer von 3 Minuten nicht, immer war während der kürzesten Suspensionszeit von 1/2 Minute der Radialpuls unfühlbar, die Frequenz zwischen 80—100 direct nachher frequenter geworden oder unverändert, einmal vermindert. Nur langsam lasse man die Kranken 1/2—1 Fuss emporziehen, indem man dabei, den Körper des Kranken umfassend, ihn nach oben hebt; eine leichte Berührung des Hängenden hindert seine Drehungen. Langsam herabgelassen wird der Leib wieder umfasst und die Kopf- und Armschlingen schnell gelöst. Einmal kam eine Ohnmachtsanwandlung nach einer Aufhängung vor. Ein nichttabischer, an heftigen Schmerzen im Kehlkopf und an Schwindelanfällen Leidender bekam nach 2 Suspensionen jedesmal epileptiforme Anfälle mit Bewusstseinsverlust, weshalb bei ihm diese Behandlung eingestellt wurde. Die Arme zu erheben vermochten nur Wenige während des Aufhängens. Nach 10—12maliger Aufhängung begehrten einige Kranke eine Pause von 8—14 Tagen, was anderen sehr unerwünscht war. Von 2 Frauen blieb eine sofort aus, bei der anderen tabischen konnten die Morphiuminjectionen, welche sie wegen qualvoller Rückenschmerzen erhielt, fortbleiben. Bei einem 37jährigen, an Fehlen des Kniephänomens und nur an Impotenz Leidenden brachten 19 Suspensionen die verschwundenen Pollutionen und Erectionen hervor (auch von *Charcot* hervorgehoben), aber eine Lust zum Beischlaf trat nicht ein, dagegen verfrühter Samenabfluss und spannendes Gefühl im Geschoss, weshalb die Behandlung eingestellt wurde. Die meisten Patienten wurden mehr als 15mal, einige 18—25mal aufgehängt. Es gab darunter Enthusiasten, welche besser und sicherer zu



gehen angaben, Nachlass der lancinirenden Schmerzen, belebendes angenehmes Gefühl, vermehrte Wärme in den Beinen, verbesserte Function der Blase versicherten, und *Bernhardt* hat die Ueberzeugung, dass hier wirkliche Erfolge vorliegen. Bei einzelnen Patienten blieb jedes Resultat aus. Nach dem Aufhören der Procedur hielt der Erfolg länger als einen Monat an; die Behandlung wurde aber auf Wunsch der Patienten wieder aufgenommen, weil sie sich während derselben wohler fühlten. Das Wirksame bei der Suspension soll nach *Althaus* in der Zerreissung meningitischer Adhäsionen durch die Dehnung der Wirbelsäule bestehen, auch sollen bindegewebige Sclerosen innerhalb des Markes gelockert werden. Annehmbarer erscheint die Meinung *Charcot's* von der durch die Entfernung der Wirbel von einander bedingten Entlastung einzelner Nervenwurzeln und von Veränderungen in den circulatorischen Verhältnissen in den Scheiden dieser Nervenwurzeln, der Rückenmarkshäute und des Rückenmarkes selbst. Herz- und lungenkranke Individuen wünscht *Bernhardt* von dieser Behandlungsweise auszuschliessen. *Hausmann*, Meran.

735. ***Beiträge zur Therapie der Tussis convulsiva.*** *Von Dr. Otto Mugdan in Berlin. (Archiv f. Kinderheilkunde. Band X. Heft 6.)*

Mugdan berichtet über die Beobachtungen, die über die Wirksamkeit einiger in den letzten Jahren gegen Pertussis empfohlenen Mittel auf der *Baginsky*'schen Poliklinik gemacht worden sind. Es sind dies: Resorcin, Antipyrin Cocaïn und Einblasungen in die Nase.

Resorcin. Von der Voraussetzung ausgehend, dass der Keuchhusten eine infectiöse Affection des Respirationstractes sei, führte *Moncorvo* (1888) statt der nicht ganz geeigneten Carbolsäure das Resorcin in die Therapie dieser Infectionskrankheit ein. Er und viele andere wendeten das Resorcin in 1—2%igen Lösungen zu Pinselungen, theils der Stimmbänder, theils der hinteren Rachenwand und nach vielen Berichten mit bestem Erfolge an. Auf der *Baginsky*'schen Poliklinik wurde es in 1 bis $1^1/_2$%igen Lösungen innerlich zweistündlich ein Kinderlöffel gegeben. Von acht auf diese Weise behandelten Kindern wurde nur ein einziges und auch dies erst, nachdem das Stadium spasmodicum fünf Wochen gedauert hatte, geheilt, sonst war es absolut ohne Wirkung. *Afanasieff* hat jüngst (Petersburger med. Wochenschr. 1887) in den Sputis keuchhustenkranker Kinder einen Bacillus gefunden, der bei Ueberimpfungen auf Kaninchen und junge Hunde ein an die Pertussis des Menschen erinnerndes Krankheitsbild erzeugte. Als Sitz dieser Bacterien gilt die ganze Schleimhaut der Athmungsorgane; dies angenommen, würde die mühselige Pinselung des Kehlkopfes mit einer antiseptischen Lösung überhaupt ihre Berechtigung verlieren, und es wäre nur etwa von der Inhalation starker Lösungen (15—20%) Erfolg zu erwarten.

Cocaïn. Waren auch die Erfolge der Cocaïnpinselung nicht so glänzend, wie sie von *Pott* (Jahrb. f. Kinderheilkunde XXIV) und *Barbillon* (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1885) angegeben wurden, so waren sie doch zufriedenstellend. Es wurde mit einer 2—5%igen Lösung der Rachen, der Zungengrund und



die Tonsillen eingepinselt, den ersten Tag dreimal, die nächsten zwei Tage zweimal und von da ab nur einmal. Die Pinselung des Kehlkopfes scheint, abgesehen von der grossen Schwierigkeit der Ausführung, auch überflüssig, da man bei dem Hochstand des kindlichen Kehlkopfes annehmen darf, dass seine obersten Partien von den herabfliessenden Tropfen benetzt werden. In 2 Fällen dauerte es bis zur Heilung 4 Wochen, in 8 Fällen 3 Wochen, und in einem Falle war nach 6 Wochen noch kein Erfolg zu verzeichnen. Das Verfahren ist indessen nicht ganz ungefährlich. *Hall* und *Gerhardt* (Therap. Monatshefte, 1888) berichten über bedenkliche Intoxicationserscheinungen, und es wäre daher die Cocaïneinpinselung nur dann zu versuchen, wenn alle übrigen Mittel im Stiche gelassen.

Insufflation. Es wurden 44 Kinder mit Insufflationen in die Nase, und zwar mit Resina Benzoës pulverata, behandelt. die Einblasung wurde mehrmals täglich vorgenommen. Die erste und zweite Einblasung löste immer einen Anfall aus, ganz gleich, ob sich die Kinder für die Behandlung eigneten oder nicht. — Prognostisch wichtig für den Erfolg ist das Verhalten der Kinder bei den späteren Einblasungen. Bei den durch diese Therapie geheilten Kindern war bereits die vierte oder fünfte Einblasung reactionslos oder brachte nur einen schwachen Anfall hervor, während bei den anderen Kindern auch dann noch wiederholte Anfälle in Folge des Einblasens auftraten. Das Resultat kann ein ziemlich günstiges genannt werden, und wäre nach Verf. diese Therapie bei Pertussis immer zuerst zu versuchen, zumal sie ganz gefahrlos und für die Kinder nicht anstrengend ist.

Antipyrin. Mit diesem Mittel wurden im Ganzen 7 Fälle von Pertussis behandelt, und zwar ganz erfolglos. Aus diesem Grunde kann Verf. auch kein sicheres Urtheil über die Antipyrinbehandlung abgeben, zumal die Berichte *Sonnenberger's*, *Debausquet's Laborderie's* u. A. überaus günstig lauten. Es wurde, nach Angabe *Sonnenberger's*, zu so vielen Centigrammen, als das Kind Monate und so vielen Decigrammen, als das Kind Jahre zählte, dreimal täglich gereicht. Dr. *Steigenberger*, Budapest.

736. ***Intensive Behandlung der Lungentuberculose mit Guajacol und Kreosot.*** *Von Dr. Bourget. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1889. 10. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1889. 7.)*

Seit drei Jahren wendet Verf. mit günstigem Erfolge bei der Behandlung der Lungentuberculose eine Methode an, welche in der Anwendung hoher Dosen von Kreosot besteht, so dass der Organismus mit dem Mittel saturirt wird. Verf. bezeichnet seine Methode als intensive. Dabei zieht er für die innere Behandlung das Guajacol dem Kreosot vor, es wirkt weniger irritirend und wird vom Magen sehr gut vertragen. Im Sommer wird es in Wein gegeben, im Winter in Leberthran.

Rp. *Guajacol 7·50,*
Tct. Chinae 20,
Vin. Malacc. 1000·00.

Man beginnt mit einem Esslöffel (ungefähr 0·15 Guajacol) zu jeder Mahlzeit, nach und nach auf 2—3 Löffel steigend. Mehrere Kranke haben auf diese Weise täglich 1 Grm. Guajacol ohne Beschwerde genommen. Wenn der Kranke gegen die Ver-



abreichung des Mittels in Wein einen Widerwillen hatte, so liess es Verf. in einem Klysma verabreichen:

Rp. *Guajacol 2·0,*
Ol. amygd. 20·0,
Gummi arab. pulv. 10·0,
Cf. emuls. cui. adde aqu. 950·0.
DS. Für 4 Klysmen.

Bei weniger wohlhabenden Kranken kann man das Guajacol mit einem Eigelb emulsioniren. Man gibt in ein Gefäss ein Eigelb, einen kleinen Esslöffel voll Olivenöl und 10 Tropfen Guajacol und fügt nach und nach unter stetigem Umrühren ungefähr ein Viertel Liter Wasser hinzu. Im Winter gibt Verf.:

Rp. *Guajacol 3·0,*
Ol. jec. as. 200·0.
MDS. 1 Esslöffel zu jeder Mahlzeit.

Manche Kranke haben auf diese Weise 1·5—2 Grm. genommen. Zu gleicher Zeit wird der Kranke vor dem Schlafengehen auf der Brust, dem Rücken und unter den Armen mit folgender Lösung eingerieben:

Rp. *Creosot e fag. 20·0,*
Ol. jec. aselli 200·0.

Der Kranke wird dann in Decken eingehüllt. Während des Tages und wenn möglich auch während der Nacht lässt Verf. mit dem *Feldbausch*'schen Naseninspirator 2—3 Tropfen Kreosot inhaliren. Bei minder wohlhabenden Kranken kann man denselben durch kleine, etwa 2—3 Cm. lange Kautschukschläuche ersetzen, in welche man einen kleinen Streifen mit Kreosot imprägnirtes Filtrirpapier gibt; man gibt denselben in das Nasenloch. Es ist zweckmässig, dass der Kranke den Apparat während der ganzen Nacht behält.

737. ***Zur Therapie des Erysipels.*** *Von Dr. **Julius Koch.** (Wiener klin. Wochenschr. 1889. 27.)*

Auf der Abtheilung des Primarius *Mraček* für Hautkrankheiten und Syphilis im Rudolphspitale hat sich folgende Jodoform-Creolinsalbe, bestehend aus Creolin 1, Jodoform 4, Lanolin 10, gegen Erysipel in einer grossen Anzahl von Fällen bewährt. Verf. hebt die Exactheit der Wirkung und geringe Mühe der Application des Mittels, ferner das Fehlen einer nachtheiligen Wirkung auf die Niere, wie sie besonders bei Carbolsäure beobachtet wurde, hervor. Mit einem weicheren Borstenpinsel wird die Salbe aufgenommen und ziemlich gleichmässig dick auf die erysipelatöse Haut und ausserdem drei bis vier Querfinger im anscheinend Gesunden aufgetragen, darüber nun kommt dünnes Guttaperchapapier. Im Gesichte genügt dieses vollkommen, da auf diese Weise die Haut macerirt und die Resorption angeregt wird, vorausgesetzt, dass das Bedeckungsmittel überall fest und knapp anliegt. Ist die ganze Kopfschwarte ergriffen, so müssen die Haare ganz kurz geschnitten werden, hierauf wird die Salbe streichend aufgetragen, mit Guttaperchapapier bedeckt, darauf kommt Watte und schliesslich wird das Ganze mit Binden befestigt. Selbstverständlich werden auch die Eingangspforten des Virus therapeutisch in Angriff genommen; ging das Erysipel von einer Ozaena aus, so wird die Nase mehrmals des Tages



mit einer leichten Lösung von Kalium hypermanganicum ausgespült, bestand eine Phlegmone, so wird selbe gespalten, oder war eine inficirte Wunde die Ursache, so wird sie nach den Regeln der Antisepsis ausserdem behandelt. —*r.*

738. ***Zur Kenntniss der Nebenwirkungen der Salicylsäure.*** *Von Dr. **Pulmann**, Offenbach. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 26.)*

Gelegentlich einer Mumpsepidemie, welche sonst leicht verlief, wurde Pat. schwer inficirt und acquirirte als lästige Complication eine einseitige Orchitis. Gegen das hohe Fieber verordnete der behandelnde College 5 Grm. Natr. salicyl. als Einzeldose. Die Folge war Brechdurchfall, colossaler Collaps und ein Nasenbluten, welches mit Mühe durch Tamponade der Nase noch rechtzeitig gestillt werden konnte. Einen Fall von Hämorrhagie bei oder nach Salicylgebrauch behandelte *Pulmann* vor vier Jahren. Ein 22jähriger, bis dahin gesund gewesener Kaufmann acquirirte Gelenksrheumatismus. Nach dargereichten gewöhnlichen Salicyldosen erfolgten Darmblutungen, welche *Pulmann* Anfangs nicht mit dem Medicament in Verbindung brachte. Im Verlauf der Erkrankung versuchte er dann noch einige Male, nachdem er sich jedesmal überzeugt hatte, dass das Darmrohr wieder normalen Stuhl lieferte, Salicyl, und zwar jedesmal (um den Patienten gefügig zu erhalten), in anderer Form und jedesmal erfolgte der nächste Stuhl mit reichlichem Abgang frischen Blutes. Wenn grössere Salicyldosen im Magen hämorrhagische Erosionen verursachen, oder letztere auch bei Einverleibung per anum im Mastdarm hervorrufen, so liegt die Erklärung nahe. Der eben mitgetheilte Effect kleiner Dosen der Salicylsäure auf den Mastdarm, trotz Einverleibung per os, lässt sich durch Beeinflussung des Blutdruckes allein nicht erklären. —*r.*

739. ***Zur Würdigung einiger neuerer Vorschläge zur Behandlung des Typhus abdominalis.*** *Von Dr. **H. Wolff.** Inaug.-Diss. Berlin 1888. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 27.)*

Verf. hat unter *Fürbringer's* Leitung das von *Weichardt* für die Typhusbehandlung vorgeschlagene Verfahren an 9 Kranken in verschiedenen Stadien und mit verschiedener Schwere der Erkrankung einer genauen Prüfung unterzogen. Die Methode besteht in permanenter Application einer grösseren Eisblase auf's Abdomen und einer kleineren in die Milzgegend, indem der Haupttummelplatz und Entstehungsort der Typhusbacillen durch das Eis in solche Bedingungen versetzt werden sollen, dass die Mikroorganismen absterben. Während bei dem Material von *Weichardt* (im Ganzen nur 4 Pat.!) 2 Tage nöthig waren, meist jedoch 10—14 Stunden genügend waren, um die Fiebertemperatur zur Norm zurückzubringen, konnte in den Fällen von *Weichardt* bei einer Behandlungsdauer zwischen 56 Stunden bis 11 Tagen mit dem Eis „irgend ein Einfluss, sei es auf die Temperatur oder sei es überhaupt auf den Krankheitsverlauf“ nicht constatirt werden. Die von *Preyer* vorgeschlagene Abkühlung der Typhuskranken vermittelst Sprühregen, welche ebenfalls nachgeprüft wurde, bewirkte bei 6 Pat. keinen nennenswerthen Abfall der Temperatur, wenigstens nicht über $^1/_2{}^0$ hinaus. Der Verlauf der Krankheit wurde durch das Verfahren nicht beeinflusst; jedoch



dürften über den Werth der letzteren Methode erst weitere Untersuchungen entscheiden, während das *Weichardt*'sche Verfahren als völlig erfolglos anzusehen ist. Die beste Behandlungsmethode des Ileotyphus, die auch im städtischen Krankenhaus in Berlin mit günstigem Erfolge geübt wird, bleibt — einstweilen — eine dem Einzelfalle angepasste, milde Badebehandlung.

740. ***Der Alkohol in der Diät des Diabetes mellitus.*** *Von Dr.* ***Arnold Pollatschek,*** *Karlsbad. (Wr. med. Wochenschr. 1889.)*

Verf. erörtert die Frage, ob und in welcher Form Alkoholica dem Diabetiker erlaubt werden können? Bei der leichten Form von Diabetes, bei der nach Ausschluss der Kohlenhydrate aus der Nahrung auch die Zuckerausscheidung aufhört, konnte Verf. nach dem Genusse von Alkoholicis, die keinen Zucker enthielten, selbst mit empfindlichen Proben das Wiederauftreten von Zucker im Harne nicht nachweisen. Die Wirkung des Alkoholgenusses hängt beim Diabetiker wie beim Gesunden von der individuellen Disposition für Alkoholica ab. Die meisten Diabetiker vertragen grössere Dosen, weil sie Neurastheniker sind, nur schlecht. Am besten eignen sich für den Diabetiker diejenigen Alkoholica, die zuckerfrei sind oder Zucker nur in sehr geringen Mengen oder von jener Art enthalten, die auch vom Diabetiker genossen werden darf, so z. B. unsere „Tischweine". Den Diabetikern Rothweine mit Vorliebe zu empfehlen, findet Verf. nicht gerechtfertigt, da das Tannin der Rothweine als Gegenmittel gegen die Polyurie keine Bedeutung hat, überdies manche jüngere Rothweine, wenn die Gährung absichtlich unterbrochen wurde, eher Zucker enthalten als weisse Weine. Bezüglich jener Weine, welchen während der Gährung stets Zucker hinzugesetzt wird, bemerkt Verf., dass säuerliche, ältere Tischweine aus Niederösterreich, Mähren, Steiermark, Nord- und Mittelungarn, von der Mosel, Ahr und dem Rheingau gewöhnlich nur geringe Spuren rechtsdrehenden Zuckers enthalten. Die Untersuchungen des Verf.'s über Rothweine (Fassweine) und namentlich säuerliche Weissweine, die er von Karlsbader Weinhändlern und Wirthen sammelte, ergaben zumeist Zuckergehalte von unter 0·15% (Kupferreduction), die Weine drehten zumeist weder nach rechts, noch nach links, sind daher ganz empfehlenswerth. Die Schaumweine enthalten stets theils ausgegohrenen, theils unvergohrenen Rohrzucker in ziemlicher Menge und deshalb bemühen sich einzelne Fabrikanten, für den Diabetiker Saccharin-Champagner herzustellen. Verf. erhielt einen solchen aus der Champagne zur Prüfung zugeschickt, kann ihn aber nicht empfehlen, weil das Saccharin in zu grossen, den Geschmack sehr unangenehm afficirenden Dosen vorhanden war. Bezüglich der übrigen Alkoholica, wie Branntwein, Slibowitz, Rum, Arac, Cognac, lässt sich gegen die Anwendung von mässigen Gaben auch in Bezug auf die Diabetesdiät nichts einwenden, wenn man es mit echten Fabrikaten zu thun hat. Was das Bier betrifft, so kann man dem Diabetiker den mässigen Biergenuss von leichten, gut ausgegohrenen Bieren hier und da gestatten, und muss dies zum mindesten auf Kosten jener Gesammtmenge von Kohlehydraten geschehen, die man in jedem einzelnen Falle für erlaubt hält, doch ist bei dem Biere noch dessen harntreibende Wirkung als nachtheilige Eigenschaft zu betrachten. —*r.*

741. ***Ueber die Heilwirkung des Rubidium-Ammonium-Bromid.*** *Von Prof. Dr.* ***Carl Laufenauer*** *in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1889. 24. — Pest. med.-chir. Presse. 27.)*

Die Bromide der Alkalimetalle Kalium, Natrium und Lithium, ferner das Ammoniumbromid gehören zu den wirksamsten Mitteln, die wir gegen die Epilepsie besitzen. Von den Alkalimetallen selbst sind Rubidium und Cäsium bisher therapeutisch noch nicht versucht worden — wohl wegen der Seltenheit ihres Vorkommens in der Natur und des damit zusammenhängenden hohen Preises derselben. Wenn es feststünde, dass die Wirkung der Alkalibromide mit dem Atomgewicht der metallischen Bestandtheile derselben zunimmt, dann müsste, weil Lithium das Atomgewicht 7, Natrium das Atomgewicht 23, Kalium das Atomgewicht 39 und Rubidium ein solches von 85·2 zeigt, das Rubidiumbromid entsprechend wirksamer sein, als die übrigen Alkalibromide. Wegen des hohen Preises des Rubidiumbromids empfahl Dr. *Karlovszky* eine Mischung von 1 Molekül Rubidiumbromid mit 3 Molekülen Ammoniumbromid, die er als Rubidium-Ammoniumbromid bezeichnete, zur Anwendung. *Laufenauer* wandte das Mittel bei 22 Personen an. Hiervon entfielen auf epileptische Psychose 12, auf genuine Epilepsie 5, auf Hysterie 2, auf Hirnsyphilis 1, auf Tabesparalysis 1, auf eine Versuchsperson 1. Vollkommene relative Wirkung zeigte sich bei 13 Epileptikern, d. h. die Zahl der Anfälle war geringer oder so gross, als bei Anwendung der anderen 3 Brompräparate. Gering oder nicht zu beurtheilen war die Wirkung bei 3 Personen, und unwirksam blieb das Mittel in einem Falle.

Bekanntermassen wirken die metallischen Bestandtheile der Bromide auf das Gefässsystem, das Brom hingegen direct auf das centrale Nervensystem. Wenn dies richtig ist, dann steht man bei der Zufuhr vom Rubid. amm. bromid. einer gesteigerten Kaliumwirkung gegenüber, was *Laufenauer's* Beobachtungen zu bestätigen scheinen. Auf 5·0 dieses Mittels blieb nach 30 Minuten die Zahl der Athmungen unverändert, die Temperatur fiel um 0·2° C., desgleichen sank auch der Puls um 4 Schläge. Nach weiteren 30 Minuten waren Temperatur und Puls wie zuvor. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Im Urin lässt sich das Rubidium (bei 2·0 pro die) schon am 2. Tage mittelst Spectralanalyse nachweisen, doch nur in geringer Menge; es scheint, dass es sich im Organismus aufhäufe oder anderweitig gebunden wird. Eliminirt wird das Brom in Form einer organischen Verbindung. Diese Daten lieferte Prof. *Plösz*, der einschlägige Untersuchungen fortzusetzen versprach. Ordinirt wird das Mittel gleich anderen Brompräparaten. Wegen genauer Dosirung empfiehlt L. die folgende Formel. *Rp.: Rub. amm. brom. 6·0:100, Syr. citr. 20·0.* DS. Jeder Esslöffel enthält 1·0 des Mittels. Eine abgemessene Menge des Pulvers lässt sich auch gut mit Citronade oder Orangeade nehmen. Die wirksamen Dosen beginnen bei 2·0, die grösste Dosis beträgt 5·0, pro die 7—8·0, ja eventuell auch mehr. Die Anwendung in Pulver- oder Pillenform empfiehlt sich nicht, da sie das Lösungsvermögen des Magens sehr in Anspruch nimmt. Das Mittel ist bereits in allen hauptstädtischen Apotheken erhältlich und kostet das Gramm im Fabrikspreise 9 kr. Der

Apothekenpreis stellt sich allenfalls höher. Bei ausgedehnterer Anwendung wird das Präparat billiger werden. Jedes neue, dem Kranken unbekannte Mittel lässt ihn Genesung anhoffen, und wirkt so erfrischend, belebend auf das psycho-motorische Centrum der Rinde, von wo es durch Reflextransfert häufig Heilung oder Besserung herbeiführen kann. Schon von diesem Gesichtspunkte aus verdient es gelegentlich in Anwendung gezogen zu werden.

—sch.

742. ***Ueber ein neues Bandwurmmittel.*** *Von Dr. M. Kaiser in Neumarkt. (Med.-chir. Centralbl. 1889. 27.)*

Es ist bekannt, dass die meisten Bandwurmmittel häufig fehlschlagen, und nur im frisch bereiteten Zustand mit einiger Sicherheit wirken. Häufig bleiben nach der Cur hartnäckige Dickdarmcatarrhe zurück und eine nicht unerhebliche Schwäche. Angesichts eines Falles, ein 13jähriges schwaches Mädchen betreffend, erinnerte sich Verf. folgender im „Americ. Drugg.“ mitgetheilten Formel gegen Taenia. *Rp.: Ol. croton. guttam, Chloroform 4·00, Glycerin 40·00.* In Berücksichtigung der schwächlichen Constitution der Kranken nahm er nur 2 Gr. Chloroform, und statt Glycerin 2·0 Gr. Ol. ricini. S. Die Hälfte auf einmal, die zweite in einer halben Stunde zu nehmen. Tags vorher leichte Diät. Da der Vater der Patientin selbst schon eine Cur wegen Bandwurm durchgemacht und lange Zeit an den Nachwirkungen derselben gelitten hatte, so fürchtete er, das Medicament könnte, so rasch genommen, allzu heftig wirken und ordnete die Massregeln etwas anders an. Er liess am 25. vollständig fasten und am 26. das Medicament in 3 Theilen um 4, 5 und 6 Uhr Früh einnehmen. Nach der ersten Dosis stellte sich ein ganz leichtes Schwindelgefühl ein, die zweite und dritte verursachten keinerlei subjective Gefühle. Um $^1/_2$7 Uhr Früh trat ohne Beschwerden der erste Stuhlgang ein, enthaltend Fäces, etwas Schleim und abgestossene Proglottiden. Um 9 Uhr trat die zu einem Knäuel geballte Taenie in toto rasch und leicht aus. Weitere Defäcation erfolgte nicht. Das Mittagmahl verzehrte die Patientin mit bestem Appetit, der seither anhält; der Stuhl ist angeblich seit 26. regelmässig. Als Vorzüge dieser Methode, falls sie sich auch bei ausgedehnteren Versuchen bewährt, führt Verf. an: 1. Wegfall der lästigen Vorbereitungscur (Häringe, Zwiebel, Knoblauch); Vorbereitungscur, sowie Betäubung und Austreibung des Wurmes würden zusammenfallen. 2. Leichte Beschaffung des Mittels in jeder, auch der kleinsten Hausapotheke, sowie schnelle und leichte Bereitung desselben. 3. Fehlen des ekelhaften Geschmackes der sonstigen Bandwurmmittel in Verbindung mit dem geringen Volumen. 4. Billiger Preis (für die ärmlichen Verhältnisse einzelner Strecken des Flachlandes auch nicht ohne Bedeutung). 5. Keinerlei Gefahr einer üblen Nachwirkung. Auch Ref. hatte Gelegenheit das Mittel zu versuchen. Der 30jähr. kräftige M. nahm die Hälfte der Verschreibung eine Stunde nach dem Frühstück auf einmal. Eine halbe Stunde später wurde die ganze Taenia mediocanellata mit dem Kopfe entleert. Als Nachwirkung wurde einige Ermüdung, vom Chloroform herrührend (?), angegeben. Das Mittel schmeckt nicht unangenehm.

Loebisch.



Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

743 ***Ueber Lymphextravasate.*** *Von Dr. Jens Schore in Kopenhagen. (Nordiskt med. Arkiv. XX. 16.)*

Die zuerst von *Morel* 1853 unter dem Namen „Épanchement traumatique des sérosités“ beschriebene Affection, welche jetzt allgemein nach *Gussenbauer* als Lymphextravasat bezeichnet wird, bot sich in dem von *Schore* beschriebenen Kopenhagener Falle bei einem Matrosen, der aus einer Höhe von etwa 45 Fuss heruntergefallen war und sich mit dem Rücken während des Falles an einer Kante gescheuert hatte, einige Tage nach dem Falle in der rechten Lendengegend in der Form einer bedeutenden, sehr weichen, schwappenden Intumescenz, die von den untersten Rippen bis zum obersten Rande des Glutaeus reichte, dar. Bei der Punction entleerten sich 600—700 Grm. dünner Flüssigkeit, welche von Dr. *Tomp* chemisch untersucht und aus 34·23 Procent Wasser und 5·77 Procent festen Bestandtheilen bestehend gefunden wurde. Die Fixa waren vorwaltend Eiweiss (4·14 Procent, davon 2·23 Serumeiweiss und 1·91 Globulin), ausserdem Fett und Lecithin (0·15) und unorganische Salze (0·81 Procent). Die Aehnlichkeit, welche diese Analyse mit den Resultaten der von *Hubler* und *Quevenne* einerseits und von *Schore* ausgeführten Analyse darbietet, ist in die Augen fallend. Als wesentlich für die Aetiologie der Lymphextravasate erachtet *Schore* den tangentialen Fall oder doch die Reibung mit einem harten Gegenstande, da von den in der Literatur vorhandenen Fällen etwa $^5/_6$ durch Ueberfahren veranlasst wurden. Die Prognose ist günstig. In leichten Fällen führt Compression zur Aufsaugung des Extravasats und Heilung; in schweren ist Spaltung und leichte Aetzung der Höhlenwandung angezeigt. In dem Kopenhagener Falle führte dies Verfahren mit Hilfe einer 3procentigen Carbolsäurelösung zur Heilung per primam. *Th. Husemann.*

744. ***Sechzig Fälle von Laparomyotomie mit epikritischen Bemerkungen über die Methoden dieser Operation.*** *Von H. Fritsch in Breslau. (Volkmann's Samml. klin. Vorträge. Nr. 339.)*

Verf. bekennt sich als bedingungsloser Anhänger der extraperitonealen Stumpfbehandlung. Der Beschreibung seiner 60 Fälle schickt er allgemeine Bemerkungen voraus. Auf die Behandlung der Myome mit Ergotin soll man nicht zu grosse Hoffnungen setzen und dasselbe nur bei kleinen zweifellos durch die Vagina zu entfernenden Myomen anwenden. Bei grossen Myomen räth Verf. dringend zur Operation. Sind die Blutungen sehr stark, so sei man wegen des durch die Operation gesetzten Blutverlustes sehr vorsichtig bei der Myotomie. Specielle Indicationen für die Myotomie sind: *a)* Die absolute Grösse bei jugendlichem Alter, *b)* Arbeitsunfähigkeit, *c)* Achsendrehung oder Verjauchung. Das zweite Capitel trägt die Aufschrift: „Warum ist die Prognose schlechter als bei den Ovariotomien?“ Bezüglich des Inhaltes dieses Abschnittes, sowie der darauf folgenden, 60 eigene Fälle umfassenden Casuistik, muss der Verf. den Leser vollständig auf das Original verweisen, da ein Referat hierüber unthunlich erscheint. Die sehr ausführliche Epikrise beschäftigt sich mit



der Aetiologie, den subjectiven Folgeerscheinungen und endlich mit den verschiedenen Operationsweisen. Das vom Verf. construirte Verfahren hat nach seiner Ansicht folgende Vorzüge: 1. Leichtigkeit und Schnelligkeit der Ausführung. 2. Sicherheit des Abschlusses der Peritonealhöhle vor Blut und Wundsecreten. 3. Günstige Verhältnisse der Bauchwunde. 4. Leichte Nachbehandlung, respective Dauerverband. 5. Vermeidung der Bauchhernie. Verf. ist mit seinem Verfahren, welches er genau beschreibt, sehr zufrieden, und hat mit demselben sehr günstige Resultate erzielt Die ausserordentlich interessante, lehrreiche Arbeit des berühmten Verf., welche auf jeder Seite die reichste Erfahrung und wissenschaftliche Bedeutung des Breslauer Gynäkologen verräth, ist wohl weit mehr für den Fachmann als für den Praktiker geschrieben. Gerade die Ergotinbehandlung, mit welcher der praktische Arzt am Lande und in kleinen Städten den ihm vorkommenden Uterusmyomen zu Leibe rückt, ist in der Arbeit *Fritsch's* nur leicht gestreift, ja es wird vor derselben fast gewarnt, was für viele Fälle ohne Zweifel volle Berechtigung hat. Mit grossen Operationen aber, wie sie der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegen, wird der Landarzt und selbst der Stadtpraktiker selten oder nie zu thun haben. *v. Buschman.*

745. ***Ein Fall von acuten spasmodischen Schmerzen in der linken unteren Extremität vollständig geheilt durch subdurale Trennung von einigen hinteren Nervenwurzeln.*** *Von Dr.* ***W. Bennet.*** *(Brit. med. Journ. 27. April 1889. — Centralbl. f. die ges. Ther. 1889. 7.)*

Ein 45jähriger Arbeiter litt an heftigen Schmerzen im linken Bein, welche anscheinend durch eine Verdickung der Tibia in Folge von Syphilis bedingt waren. Alle angewendeten Mittel, wie: Jodkalium, Quecksilber, Anodyna und Narcotica, Trepanation und Linearosteotomie der verdickten Tibia; Amputation durch das Kniegelenk; Dehnung des Ischiadicus und Resection von $2^1/_2$ Zoll dieses Nerven erwiesen sich als erfolglos. Die Schmerzen dauerten fort und der Kranke wurde sehr abgemagert. Der Oberschenkel der afficirten Seite war ein wenig atrophisch, die Sensibilität normal. Es wurde daher der Beschluss gefasst, da der Tod des Kranken unvermeidlich war, den Rückenmarkscanal oberhalb der Lumbaranschwellung zu öffnen, um die Ursache der Schmerzen zu eruiren, und wenn keine andere anatomische Veränderung gefunden werden sollte, die hinteren Nervenwurzeln zu durchschneiden. Es geschah letzteres, und der Kranke wurde von seinen Schmerzen vollständig befreit. Drei Tage nach der Operation befand sich der Kranke in einem kritischen Zustande, später trat starke Diarrhöe auf. Am elften Tage nach der Operation wurde der Kranke plötzlich von Erbrechen befallen, verfiel in Coma und starb nach einigen Stunden. Obwohl, wie die Necroskopie zeigte, eine Wiedervereinigung der durchschnittenen Nervenwurzeln nicht stattfand, so kam doch die Empfindlichkeit in den zugehörigen Partien bald zurück. Als Ursache des plötzlichen Todes wurde ein grosser Blutklumpen auf dem linken Occipitallappen des Gehirns gefunden. Das Rückenmark zeigte in der Höhe des siebenten und achten Brustwirbels eine Verdickung der Arachnoidea. — Verf. ist der Meinung, dass voll-



ständige Heilung eingetreten wäre, würde die Operation vorgenommen worden sein, bevor der Kranke so stark heruntergekommen war. Es ist dies der erste Fall, in welchem wegen heftiger Schmerzen Durchschneidung der Nervenwurzeln vorgenommen wurde; durchtrennt wurden die Wurzeln des ersten, dritten, vierten und fünften Lumbar-, des ersten und zweiten Sacralnerven.

·746. ***Ueber die Ursachen der örtlichen Krebsrecidive nach Brustdrüsen-Amputation.*** *Von Dr.* ***Heidenhain*** *in Berlin. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 19. — Der prakt. Arzt. 1889. 6.)*

Verf. hat 18 von Prof. *Küster* amputirte krebsige Brüste mikroskopisch untersucht, um die Frage zu lösen, ob und wo in der Wunde Reste der Drüse oder der Neubildung zurückgeblieben seien, aus welchen dann die Recidive hervorzugehen vermögen. In 12 Fällen war es ihm möglich, ein Recidiv in der Narbe oder deren Umgebung auf Grund seiner Befunde vorherzusagen, weil sich nachweisen liess, dass Theile der Neubildung in der Wunde zurückgeblieben waren. In 6 anderen Fällen konnte *Heidenhain* eine bleibende Heilung diagnosticiren, weil bei diesen die Operation alles Kranke wirklich radical entfernt hatte. Diese 6 Operirten sind auch bisher gesund geblieben. — Die Recidive rühren fast ausnahmslos daher, dass nur mikroskopisch wahrnehmbare Reste der Drüse oder der Neubildung auf der Oberfläche des Musculus pectoralis major zurückbleiben. Bei mageren Frauen liegt die Mamma in toto, dem Muskel fest auf, bei fetten finden sich meist zwischen Drüsen und Muskel der Fascie anhaftende Drüsenläppchen, so dass bei Amputation oberhalb des Muskels sehr leicht einige Theilchen der Drüse zurückbleiben. Jede Brustdrüse, in der sich ein Krebsknoten befindet, ist in sehr weitem Umfange, vielleicht in toto erkrankt. *Heidenhain* stellt diese Behauptung wieder auf Grund seiner mikroskopischen Präparate auf, indem er fand, dass in der ganzen Brustdrüse die Epithelzellen der Acini proliferiren, während gleichzeitig eine periacinöse Bindegewebswucherung statt hat. Vielleicht geht aus solchen proliferirenden Acinis, die in der Wunde zurückbleiben, ein Theil der Spätrecidive hervor. Im retromammären Fette verlaufen, gewöhnlich neben Blutgefässen, von der Brustdrüse zur unterliegenden Fascie Lymphgefässe und letztere fand *Heidenhain* in zwei Drittel seiner Fälle erfüllt mit Krebsmetastasen. Auf diesem präformirten Wege durchdringt die Epithelwucherung auch dicke Fettschichten bis zum unterliegenden Muskel, so dass in der Regel auch vollkommen frei bewegliche Carcinome mikroskopisch schon bis zur Muskeloberfläche reichen. Wirklich erkrankt findet man den Pectoralis major selbst erst dann, wenn ein metastatischer Krebsknoten von der Fascie her in ihn einbricht, oder wenn der Haupttumor ihn auf dem Wege continuirlicher Wucherung ergreift. Wahrscheinlich verbreitet sich dann der Krebs auch im Muskel zunächst auf dem Lymphwege, indem bei seinen Contractionen die Epithelzellen mit dem Lymphstrome weiter verschleppt werden. Hieraus folgert *Heidenhain*, dass man, um die Resultate der Mamma-Amputation bezüglich der dauernden Heilung zu bessern, bei auch vollkommen freibeweglichen Carcinomen nicht nur die ganze Drüse entferne, sondern jedesmal auch eine zusammenhängende



Schichte der gesammten Oberfläche des Pectoralis major mitfortnehme, bei mit diesem Muskel verwachsenen Krebsen aber ist eine typische Totalexstirpation des Pectoralis major vorzunehmen, und zwar derart, dass womöglich auch nicht eine Faser dieses Muskels zurückbleibt.

747. ***Ueber die Behandlung der Uterusmyome mit dem constanten galvanischen Strome nach Apostoli.*** — *Von Dr. **W. Fischel.** Vortrag, gehalten im Verein deutscher Aerzte zu Prag. (Prager med. Wochenschr. 1889. 23.)*

Bisher liegen in der deutschen Literatur wenig Beobachtungen über die Behandlung der Myome des Uterus mit dem galvanischen Strome vor. *Fischel* berichtet über eine 44jährige Frau, die im Gebärmutterhalse ein ungefähr apfelgrosses Myom trug, das mit kleinfingerdickem Stiele über dem inneren Muttermund eingepflanzt war. Zur Bekämpfung der lebhaften Schmerzen wandte er Galvanisation an, indem er die grosse plattenförmige Anode auf das Kreuzbein, und die ebenso geformte Kathode auf den Unterleib auflegte. Der Erfolg war ein günstiger und Verf. beschloss, nach dem Vorgang *Apostoli's*, zur Verkleinerung der Geschwulst die galvanische Behandlung fortzusetzen. Eine mit dem negativen Pole verbundene Aluminiumsonde wurde tief in die Uterushöhle eingeführt, während eine grosse plattenförmige mit dem positiven Pol verbundene Elektrode auf den Unterleib zu liegen kam. Nach 9 elektrischen Sitzungen lösten sich hautartige Lappen von der im Muttermund liegenden Geschwulst ab. Verf. schälte deshalb in Chloroformnarcose, während die Scheide mit Spateln klaffend erhalten wurde, die Geschwulst stumpf aus. Die Patientin ertrug diesen Eingriff fieberlos. Der Tumor erwies sich bei der Untersuchung als necrotisch und mit Blutfarbstoff getränkt. Im Anschluss an diesen Fall bringt Verf. in Kürze die Geschichte der galvanischen Behandlung bei Uterusmyomen. *Apostoli* brachte in die Frage einen grossen Fortschritt, indem er erstens genaue galvanometrische Messungen der Stromstärke vornahm, und zweitens dadurch, dass er die Innenfläche des Corpus uteri zum Angriffspunkt des einen Poles machte. *Apostoli's* erste Mittheilung über 118 Fälle gipfeln in folgenden Punkten: Der constante Strom wird ohne Unterbrechung angewandt. Der Applicationsort für die Platinelektrode ist die Innenfläche des Corpus uteri. Der activ intrauterine Pol ist stets die Anode in Fällen, die mit starken Blutungen und rebellischen Leucorrhöen verbunden sind; die Kathode in den übrigen, besonders in jenen mit Dysmenorrhöe verbundenen Fällen. Die Stromstärke sei möglichst stark und betrage durchschnittlich 100 Milliampères. Die Cauterisation dauert 5—8 Minuten. Die Zahl der Sitzungen ist 20—30, wöchentlich 1—2mal, auch bei bestehender Blutung. Die Technik besteht in geschickter Einführung der elektrischen Sonde. Die intrauterine Galvanokaustik führt eine rapide Verkleinerung aller, besonders der interstitiellen Fibrome herbei, bringt sie aber nicht vollkommen zum Verschwinden. Die Metrorrhagie wird vollkommen unterdrückt. Bei Einführung der intrauterinen Elektrode ist vollständige Asepsis geboten.



748. ***Heisse Ausspülungen von 40° R. post partum.*** *Von Dr.* ***Deipser*** *in Meiningen. (Centralbl. f. Gynäcol. 1889. 22.)*

Von den Gynäcologen vertritt ein Theil die Ansicht, dass nach einer Geburt, welche häufigeres Untersuchen oder operative Eingriffe nicht erforderte, gar nichts geschehen soll und nur bei solchen Entbindungen, welche den Verdacht erwecken, dass eine Infection stattgefunden, Ausspülungen vorzunehmen seien. Dabei ist nach Verf. das einzig Missliche der Umstand, dass man unmittelbar nach der Entbindung gar keine objectiven Zeichen habe für eine eingetretene Infection, während dem gegenüber der Arzt der etwa gleich nach der Geburt an ihn gerichteten Frage gegenüber, ob eine Wochenbetterkrankung zu gewärtigen ist, in der misslichen Lage ist, die Umgebung auf den 3. oder 4. Tag zu vertrösten, um dann im besonderen Falle constatiren zu können, dass übelriechende Lochien, Schmerzhaftigkeit des Uterus und Fieber vorhanden sind. Wenn nun auch jetzt noch die locale Behandlung die Hauptsache sei, so werde gleichwohl sich ihm der Gedanke aufdrängen, dass er zu spät kommt, dass er erst eingreift, nachdem der ganze Körper inficirt ist. Hiernach muss man dem radicalen Theile der Aerzte Recht geben, die — ähnlich wie bei der Behandlung der Augen aller Neugeborenen mit 2procentiger Höllensteinlösung — meinen, es sei das Beste, nach jeder Entbindung Ausspülungen mit einem desinficirenden Mittel vorzunehmen. Der geplante Zweck, d. h. beginnende Infection wirksam zu coupiren, lässt sich nun nach Verf. folgendermassen in nahezu vollkommener Weise erreichen, ohne Nachtheile mit in den Kauf nehmen zu müssen. Nach jeder Entbindung, bald nach Entfernung der Nachgeburt, und sodann 6 Tage lang täglich einmal wird eine Ausspülung mit 1 Liter 40° R. heissen Wassers vorgenommen, bei untergeschobenem Steckbecken und abschüssiger Lage des Oberkörpers. 1. Der Forderung, welche die Neuzeit an eine Desinficienz stellt, ist nach Verf. insofern genügt, als die Temperatur des Wassers höher ist, als wie sie zur Vermehrung von den Bacterien vertragen wird; ferner dadurch, dass durch den Strahl der Spülflüssigkeit von der Schleimhaut Blutgerinnsel sammt fremden Bestandtheilen auf die einfachste Weise aus dem Körper geschafft werden. Wasser von 40° R. wirkt zugleich als ein kräftiger Reiz zur Zusammenziehung des Uterus oder gegen die zu schwachen Wehen. Wenn diese Indicationen auch nicht gegeben seien, so sei bei der Möglichkeit einer Infection eine kräftige Contraction gewiss kein Fehler, wie man doch bei beginnendem Puerperalfieber mit Erfolg Secale cornut. gebe. Die dabei heftiger auftretenden Nachwehen übersteigen dabei allerdings nicht selten ein mittleres Maass, doch helfen in diesen Fällen nach Verf. 1—2 Dosen Antipyrin 0·25. 2. Die Methode ist ungefährlich und jeder Zeit anzuwenden, denn in Folge der abschüssigen Lage der Wöchnerin werde ein Theil des heissen Wassers den im Anfang noch offenen Cervix passiren und auch die Uterushöhle ausspülen. Dies sei aber nicht ein gefürchteter Umstand, sondern geradezu erwünscht. Einmal werden die offenen Blutgefässe durch den kräftigen Reiz direct und durch die Contraction der Gebärmutter indirect zum Verschluss gebracht und seien dadurch ungeeignet, Infections-

material dem übrigen Körper zuzuführen. Zweitens würden auf diese Weise noch Placentartheile, z. B. nach Abortus, aus dem Uterus entfernt, die vielleicht Böses anstellen könnten. 3. Die Hebamme kann mit den Heisswasserausspülungen keinen Schaden stiften. Verf. hat diese Methode oft angewendet und noch keine Enttäuschung erfahren. Während das Wasser von 40° R. von Frauen in der Scheide nicht lästig empfunden wird, ist dies dagegen beim Ausfliessen an den äusseren Weichtheilen der Fall, weshalb man gut thut, letztere mit Vaseline zu bestreichen und den Strahl öfters zu unterbrechen. *—r.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

749. ***Ueber das Wesen der Ozaena, nebst einigen Bemerkungen über Epithelmetaplasie.*** *Von Dr.* ***K. Schuchardt*** *in Stettin. (Volkmann's Samml. klin. Vorträge. Nr. 340.)*

Trotz der werthvollen Aufschlüsse über die mit üblem Geruch verbundenen Nasenkrankheiten, welche die zahlreichen einschlägigen Arbeiten der letzten Jahre uns gebracht haben, ist doch die Frage noch völlig unaufgeklärt, warum gerade in der Nasenhöhle bei den mannigfaltigsten krankhaften Vorgängen jener eigenthümliche aasbafte Gestank entsteht?

Man bezeichnet jetzt allgemein als echte oder einfache Ozaena die ohne gröbere Geschwürsbildung verlaufenden Formen von Stinknase; dem gegenüber spricht man von einer Ozaena syphilitica, tuberculosa, luposa u. s. w. — Den neuerlich viel gebrauchten Namen: Rhinitis chronica atrophicans foetida verwirft Verf. aus mehreren Gründen gänzlich. Die Oz. vera s. simplex entwickelt sich meistens auf dem Boden eines sog. Stockschnupfens, u. zw. vorwiegend bei jungen Leuten weiblichen Geschlechtes. Es fällt dabei die eigenthümliche Atrophie der Nasenschleimhaut auf, welche blass, dünn, glänzend, von sehnigem Aussehen erscheint. Während die Untersuchungen von *E. Fränkel*, *Habermann*, *Krause* und *Löwenberg* zu keinen stichhältigen Resultaten führten, hat *Volkmann* die wichtige Beobachtung gemacht, dass in den schweren Formen der stinkenden Ozaena regelmässig das Flimmerepithel der Nase in Pflasterepithel umgewandelt werde, was gleichzeitig *A. Zeller* auch für jene Formen von Metritis nachwies, die mit äusserst stinkenden Ausscheidungen verbunden sind. Da nun ferner die starken widerlich stinkenden Gerüche bekannt sind, welche an der Vorhaut zwischen den Zehen, in Nabel und Achsel entstehen, und welche von den Zerfallsproducten des übermässig gebildeten und erweichten Pflasterepithels abzuleiten sind, so lag die Frage nahe, ob nicht der üble Geruch bei Ozaena mit der Umwandlung des Flimmerepithels in Pflasterepithel zusammenhinge. Ueber Veranlassung *Volkmann's* hat nun der Verf. eine Reihe von schweren Fällen stinkender Ozaena chemisch und mikroskopisch geprüft und in der That nirgends Cylinder- oder Flimmerepithel gefunden, welches doch physiologisch in den oberen Partien der Nase ausschliesslich die Schleimhaut



bekleidet. Die Metaplasie des Cylinderepithels in verhornendes Pflasterepithel, welches die genannten Forscher bei der Ozaena an der chronisch entzündeten Nasenschleimhaut kennen gelernt haben, wird von *Schuchardt* in erster Linie als die Quelle des dieser Krankheit eigenthümlichen widrigen Geruchs angesprochen. Dieselbe Erscheinung kommt übrigens in ganz ähnlicher Weise auch an anderen cylinderepitheltragenden Schleimhäuten vor. So ist ein ähnlicher Vorgang erwiesen bei Polypen des Ohres, der Nase und der Gebärmutter *(Billroth)*, für die Harnwege, Luftröhre und Bronchien *(Neelsen)*, für das Mittelohr, welche ganz besonders ähnliche Erscheinungen aufweist *(Pollitzer)*, für die Gebärmutter *(Zeller)*. Zum Schlusse macht Verf. noch eine Reihe interessanter Bemerkungen über die Frage, ob an cylinderepitheltragenden Schleimhäuten jene chronisch entzündlichen Vorgänge, welche mit Epidermoidisirung der Schleimhaut verbunden sind, nicht schliesslich im weiteren Verlaufe desselben Processes zur Krebsbildung führen können. *v. Buschman.*

750. ***Nachblutung nach einer Zahnextraction bei einem Hämophilen, gestillt durch Gyps.*** *(Dental Office and Laboratory. 1888. T. II. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1889. 7.)*

Ein Bäcker in Williamsport blutete mehrere Tage nach einer Zahnextraction, ohne dass vier Aerzte im Stande waren, die Blutung zu stillen. Ein Zahnarzt in Philadelphia erfuhr durch Zeitungen von dem Falle und telegraphirte sofort an den behandelnden Arzt in Williamsport: „Entfernen Sie das Blutgerinnsel, nehmen Sie steif angerührten, schnell erstarrenden Gyps, drücken denselben in die Alveole und halten ihn 48 Stunden am Platze durch eine Compresse. Wenn es nicht zu spät ist, wird das den Kranken retten.“ Das Mittel wurde angewendet und die Blutung hörte auf. Der Vater des Bäckers hatte sich in seinem 63. Jahre nach einer Zahnextraction verblutet und der Patient hatte kurz vor der Zahnextraction sechs Wochen lang geblutet, nachdem er sich in die Hand geschnitten hatte.

Dermatologie und Syphilis.

751. ***Pyämie als directe Folge von Gonorrhoe.*** *Von* ***Boswell Park*** *in Buffalo. Vortr. in der Sitzung der Association of Genito-urinary Surgeons. New-York Med. Record. 1888. Sept. 22.*

Fall von typischem Tripper, in dessen Verlauf es zu einer richtigen Pyämie kam, mit tödtlichem Ausgang nach typhösem Stadium. Section ergibt Eiter in beiden Kniegelenken und im Sternoclaviculargelenk links. Keine Gonococcen in diesem Eiter. Blase und Mesenterialdrüsen zeigen nichts Abnormes. Verf. macht auf die Unterschiede von diesem bisher nicht beschriebenen Krankheitsbilde und einer Septikämie von der gonorrhoisch erkrankten Harnröhre aus aufmerksam. In derselben Sitzung kam es zu einer Discussion über die Aetiologie und die Behandlung der Gonorrhoe, die nichts Bemerkenswerthes förderte. *Samuel W. Gross* in Philadelphia machte auf das häufige Vorkommen von organischen



Stricturen der vorderen Harnröhre bei **Masturbanten** aufmerksam. Er fand diesen Zustand in 88 Procent von über 300 Masturbanten, ohne dass Gonorrhoe oder Trauma voraufgegangen wären. *Arning.*

752. ***Die Heilbarkeit der Harnröhrenstricturen durch Elektricität.*** *Von* ***Edward L. Reyes.*** *Vortr. in der amerikan. Association of Genito-urinary Surgeons (Refer. in New York Med. Record. 1888. Sept. 22.)*

Zweck der Untersuchung ist ein Versuch, die Nebel zu zerstreuen, welche das Verfahren bis jetzt umgeben und durch uneingenommenes Studium sich Klarheit über die erreichbaren Erfolge zu verschaffen. Dr. *Reyes*' erste Erfahrungen mit der Anwendung der Elektricität in der Harnröhre bezogen sich auf eine Nachuntersuchung der alten *Mallet-* und *Fripier*'schen Methode. Es wurden im December 1871 im Charity Hospital 10 Fälle darnach behandelt und kein einziger Erfolg erzielt. Die neue Methode der Elektrolysis — schwache Ströme in mehreren weit getrennten Sitzungen — eine Methode, welche unter dem Namen der *Newman*'schen bekannt ist, bildete den Gegenstand der neuerlichen Nachuntersuchung. 7 Fälle aus der Poliklinik bildeten das Material. Drei von Dr. *Reyes* persönlich, drei von seinem Assistenten Dr. *E. Fuller* und einer von Dr. *Robert Newman* selber behandelt, der freundlichst eingewilligt hatte, an diesem Fall die Erfolge seiner Methode zu demonstriren. Alle 7 Fälle waren gänzlich erfolglos; Dr. *Newman's* Fall zeigte sogar den Misserfolg am Eclatantesten. Nur in einem Falle von Spasmus urethrae ohne organische Strictur wurde vielleicht eine Besserung erreicht. Nach diesen Versuchen spricht Dr. *Reyes* es als seine unparteiische Meinung aus, dass noch nicht zur Genüge demonstrirt worden ist, dass die Anwendung der Elektricität organische Stricturen der Harnröhre zu beseitigen vermag. *Arning.*

753. ***Tertiäre Syphilis der Trachea und der Bronchien.*** *Von Dr.* ***Mauriac.*** *(Arch. génér. de méd. 1888, p. 675. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 16.)*

Die Syphilis der Trachea und der Bronchien gehört gewöhnlich den Spätstadien an, doch kommen auch Fälle im 9. und 12. Monat nach der Infection zur Beobachtung. Syphilis der Trachea ist häufiger als die Syphilis der Bronchien. Es handelt sich theils um Gummata, theils um phagedänische Ulcerationen, welche im weiteren Verlauf zur Stenosirung des Lumen durch Narbenbildung führen. Die Beschwerden kommen langsam zur Entwicklung. Hustenreiz und leichte Erschwerung der Respiration werden gewöhnlich zuerst einem einfachen Catarrh zugeschrieben, dann kommt es zu dem Gefühl, als ob ein Fremdkörper im Halse stecke, zu einem Gefühl der Beengung beim Athemholen und zu Schmerzen, welche gewöhnlich unter das Manubrium sterni localisirt werden, dann zu lauten Geräuschen bei der Inspiration und deutlicher dyspnoischer Athmung, welche sich anfallsweise, namentlich Nachts, zu Erstickungsanfällen steigert. Husten fehlt niemals. Der Auswurf wird in späteren Stadien immer reichlich, schleimig-eitrig, mit Blutstreifen durchsetzt. Nachdem diese Erscheinungen zur Höhe gediehen, kommt es theils spontan, theils



in Folge einer inzwischen eingeleiteten antiluetischen Cur, zu einem Nachlass der Beschwerden, welche eine Heilung vortäuschen kann. Diese Besserung beruht auf einer Abnahme der Schwellung; aber bald tritt die Krankheit in ein weiteres Stadium, dasjenige der Narbenbildung. Diesem sind viel gefährlichere und anhaltendere Erscheinungen von Athemnoth eigen. Ohne bekannte Ursachen steigert sich auch hier die Dyspnoe zu Anfällen hochgradiger Athemnoth; die Dyspnoe ist gewöhnlich eine vorwiegend inspiratorische. Dass man die syphilitischen Veränderungen der Trachea mit dem Kehlkopfspiegel direct sehen kann, ist nicht gerade häufig; es kommt natürlich auf den Sitz der Erkrankung an. Ein sehr charakteristisches Zeichen ist ein Tieferrücken des Kehlkopfes (durch narbige Verkürzung) und seine Unbeweglichkeit beim Schluckact. Seltener als die Syphilis der Trachea, oder diese in Gemeinschaft mit Lues der grossen Bronchien, ist eine reine Bronchialsyphilis. Sie macht weniger markante Erscheinungen, im Wesentlichen diejenigen einer einseitigen schweren Bronchitis. Die Prognose hängt im Wesentlichen von dem Sitz der Erkrankung und der Zeit des Eintritts in die Behandlung ab. Ist der Sitz ein tiefer, so kann auch eine Tracheotomie die Prognose nicht verbessern. Kommt der Fall frühzeitig in Behandlung und wird richtig erkannt, so können Quecksilber und Jod dem Uebergang in das Stadium der Narbenschrumpfung und Stenose vorbeugen. Im Allgemeinen aber ist die Prognose als sehr ungünstig zu bezeichnen.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

754. ***Ueber die Bedeutung des reichlichen Fettgehaltes in den Fäces bei Dyspepsien im frühen Kindesalter.*** *Von **W. Tschernow** in Moskau. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 23.)*

Die dyspeptischen Stühle der Brustkinder unterscheiden sich von den normalen physikalisch und chemisch. Die Ursache der Dyspepsie hat dabei keinen Einfluss. Der dyspeptische Stuhl enthält 85 Procent Wasser und 15 Procent feste Bestandtheile — N-haltige, fette und unorganische Salze. Die festen Bestandtheile des normalen Stuhles bestehen aus 25—30 Procent Fett, 30—32 Procent Eiweissstoffe, 10 Procent Salze und 28 Procent Kohlehydrate. Der dyspeptische Stuhl enthält 45—60 Procent Fett und 14—25 Procent Eiweissstoffe. Die Mengen der Kohlehydrate sind keinen grossen Schwankungen unterworfen. Im dyspeptischen Stuhle nimmt die Menge des Fettes auf Kosten der Eiweissstoffe zu. Dieses Verhalten wurde bei Brustkindern, wie bei künstlich ernährten beobachtet. Jeder dyspeptische Stuhl enthält also mehr Fett als der normale und die Menge des Fettes ist unabhängig von der Schwere der Verdauungsstörung. Die von *Demme* und *Biedert* als Fettdiarrhoe beschriebene Krankheit



war also eine einfache Dyspepsie. Uebrigens haben sich beide Autoren von ihrer früheren Ansicht, als sei die Fettdiarrhoe eine Krankheit sui generis, losgesagt.

755. ***Jod-Jodkalium und Jodwismuth-Jodkalium als Eiweissreagentien.*** *Von* ***A. R. Cohen.*** *(Nederl. Tijdskr. v. Geneeskunde. 1888. 24. — Zeitschr. f. klin. Med. 1889. 26.)*

Das Jodwismuth-Jodkalium ist als Eiweissprobe für die Urinuntersuchung sehr zu empfehlen, wenn man streng darauf achtet, dass der Urin stark sauer ist. *Cohen* fand aber, dass der Wismuth unwesentlich ist und empfiehlt den Gebrauch folgender Solution: *Jodi 1·2, Kal. jod. 1·8, Aq. depur. 150, Ac. acet. glac. 150.* Gibt man zum Urin so viel dieser Lösung, dass eine prononcirt gelbe Farbe entsteht, dann findet man noch ein Präcipitat, wo Pikrinsäure und die *Heller*'sche Salpetersäureprobe kein Resultat mehr geben und wo die Probe von *Heynsius* nur Zweideutiges liefert. Es ist demnach ein sehr scharfes Reagens für Eiweiss. Andere Stoffe, als: Glycose, gallensaure Salze, Gallenfarbstoffe, behindern die Eiweissfällung nicht und verursachen selber im eiweissfreien Harn keinen Niederschlag.

756. ***Symptome und Diagnostik der Endocardien.*** *Von* ***Chéron.*** *(Union méd. 1888. 150. — Deutsch. Med.-Ztg. 1888. 48.)*

Vom semiotischen Standpunkte aus theilt Verf. die Endocardien in 2 Classen: die ulceröse und die verrucöse, obgleich es in ätiologischer Beziehung nur eine einzige Form gibt. Sowohl die ulceröse als die rheumatische Endocardie sind parasitären Ursprungs, wenn auch die erstere sich zuweilen durch foudroyante Symptome verräth, die rheumatische langsam verläuft. Die gutartige rheumatische ist bei Rheumatismus so häufig, dass man nicht eine blosse Coincidenz zwischen beiden annehmen kann. Das im Verlaufe des Rheumatismus auftretende Fieber ist kein rheumatisches, sondern hängt von der Endocardie ab. Doch kann eine Endocardie sich ganz fieberlos entwickeln, schmerzlos beginnen und die physikalische Untersuchung kann negative Resultate ergeben. In anderen Fällen kommt es zu tumultuöser Herzaction, starker Pulsbeschleunigung und bei der Auscultation hört man dann unter Umständen Geräusche. Die malignen ulcerösen Endocardien verlaufen stets mit Fieber, und zwar zeigt dieses einen ganz eigenthümlichen Charakter. Im Anfange bietet es bedeutende, oft 5° betragende Differenzen zwischen Morgen- und Abendtemperaturen. In anderen Fällen treten regelmässige Schüttelfröste, wie bei der Intermittens, auf; diese haben eine grosse Bedeutung, weil sie durch Embolien bedingt sind, der Puls ist stark beschleunigt und zeigt den gleichen Charakter wie bei Aorteninsufficienz; die Reizung des Endocard durch Mikrobien ruft beschleunigte Herzaction hervor. Die Auscultation liefert oft gar keine Zeichen oder letztere treten erst kurz vor dem Tode auf, so dass sie oft nicht mehr constatirt werden. Das Vorhandensein oder Fehlen eines pathologischen Geräusches hängt von dem Sitze der Colonien und der sie umgebenden Thromben ab; nur bei Ablagerung derselben an den Klappenrändern und dadurch bedingter Stenose oder Insufficienz wird ein Geräusch entstehen. In manchen Fällen verschwindet ein vorher vorhanden



gewesenes Geräusch; dies ist unter Umständen ominös, weil es dann anzeigt, dass die das Geräusch verursachenden Klappenvegetationen von den Klappen sich losgerissen haben und, vom Blutstrom fortgeschwemmt, in irgend einem Theile eine Embolie veranlassen können. Das Geräusch ist meist systolisch, manchmal ist es diastolisch und fast stets ist dann die Aortenklappe betroffen. Die Percussion ergibt meist negative Resultate, weil gewöhnlich der Tod vor dem Zustandekommen einer Hypertrophie oder selbst einer Dilatation erfolgt. Die locale Herzuntersuchung liefert also wenige für die Diagnose wichtige Zeichen, wichtigere die Aetiologie. Ein wichtiges Zeichen bilden noch die Blutungen der Retina. Bei der Differentialdiagnose kommen die acute Miliartuberculose, Pyämie und das typhöse Fieber in Betracht, besonders das letztere, mit welchem die malignen Endocardien häufig verwechselt werden, sich von ihm aber unterscheiden durch das systolische Herzgeräusch und den eigenthümlichen Charakter des durch seine grossen Temperaturschwankungen ausgezeichneten Fiebers, ferner durch die Retinablutungen, die meist embolischer Natur sind. Die gutartige, nicht zum Tode führende Endocardie lässt sich nur durch die Auscultation entdecken und dies auch nur dann, wenn durch jene die Klappe in ihrer Function beeinträchtigt wird.

757. ***Ueber die Beeinflussung der Harnreaction zu therapeutischen Zwecken.*** *Von* ***v. Noorden.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1888. 39. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 27.)*

Eine Reihe von eingehenden Untersuchungen haben für die allgemeine Therapie zu der Aufstellung des Satzes geführt, dass da, wo die Nothwendigkeit besteht, den Harn auf einem niedrigen Grad von Säure zu erhalten, es nicht darauf ankommt, die Acidität des gesammten 24stündigen Urins herabzudrücken, sondern in erster Linie daraufhin gestrebt werden muss, die oft enormen Schwankungen der Acidität im Verlauf von 24 Stunden auszugleichen. Dieses erreicht man, indem man sich einen genauen Einblick in die Harnaciditätscurve des Individuums verschafft und auf Grund dieses Einblickes, streng individualisirend, Dosis und Zeit der Darreichung von Alkalien anordnet. In einzelnen Fällen ist dem Autor die Herabdrückung der Säureexacerbation auf den erwünschten Grad niedrigen Säuregehaltes auf das Beste gelungen, wenn er 1—2 Stunden vor dem erwarteten Anstieg des relativen Säurewerthes kleine Mengen Natr. bicarb. (0·5 in 100 bis 200 Ccm. Mineralwasser) darreichte und diese Dosis 3 bis 4 Mal in stündlichen Gaben erneuerte.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

758. ***Ueber die giftigen Bestandtheile des Leuchtgases.*** *Von* ***Bruneau.*** *(Annales d'hygiènes publiques. 1889.)*

In einer umfangreichen Abhandlung erklärt der Verf. das in jenem Gase vorhandene Aethylen für nicht giftig, die Kohlenwasserstoffe, den Wasserstoff und den geringen Gehalt an Kohlen-



säure für gesundheitlich von geringem Belang, das Kohlenoxyd aber für das eigentliche toxische Agens. Dasselbe findet sich im Leuchtgas zu 5—13 Vol.-Proc., ist ohne jeden Nutzen für die Leuchtkraft und sollte deshalb von der Technik aus dem Gase eliminirt werden. Er betont weiterhin, dass das Leuchtgas im Boden seinen charakteristischen Geruch verliert, zeigt, dass dies thatsächlich der Fall ist, an bestimmten Beispielen und erörtert dann die Gefahren des Eindringens von Leuchtgas in die Wohnungen, sowie die Factoren, welche das Eindringen befördern. Die Prophylaxe liegt nach ihm vornehmlich in einer sehr sorgfältigen Construction der Gasröhren, die jetzt noch immer vermisst werde, da der Verlust durch undichte Leitungen wenigstens 7 % betrage. Der Autor fordert ausserdem Anbringung von zweckentsprechenden Syphons für das Condensationswasser.

Dr. *E. Lewy.*

759. ***Die relative Immunität der Juden gegen die Schwindsucht.*** *Von* ***Drysdale.*** *(The Medical News. 8. Mai 1889. — D. Med.-Ztg. 1889.)*

Verf. hat als Hospitalsarzt in einem dem jüdischen Viertel benachbarten Krankenhause Gelegenheit gehabt, Vergleichungen anzustellen zwischen den darauf bezüglichen Journaldaten und constatirte ein auffallendes Missverhältniss der Anzahl jüdischer Phthisiker zu der der Christen, welche weit häufiger dieser gefährlichen Krankheit zum Opfer fallen. Auch die Angaben eines mit jüdischer Praxis stark in Anspruch genommenen Collegen stimmten mit dieser Beobachtung überein. — Verf. sucht diese Thatsache dadurch zu erklären, dass die Juden in der Wahl ihrer Nahrung viel peinlicher sind als die Christen. So lautet z. B. ein jüdisches Gebot, dass der Schlächter jedes Stück Vieh sofort nach der Tödtung zu untersuchen hat, ob es keine handgreiflichen Erkrankungen der Eingeweide aufweist, in welchem Falle es nicht „koscher", d. h. für einen religiösen Juden zur Nahrung nicht tauglich wäre. Andere Abweichungen der jüdischen Speisegesetze sind bekannt. Verf. glaubt, es hätte etwas für sich, wenn man behördlicherseits mit eben solcher Sorgfalt für die Zufuhr gesunder Nahrung nach den Centren bedacht sein möchte, da er selber wisse, dass in London täglich massenhaft tuberculöses Vieh eingeführt und zur Nahrung verkauft wird.

760. ***Erörterung über Verbrechertheorien.*** *Von Dr.* ***Morrison*** *in Wardsworth (The journ. of ment. science. April 1889, pag. 14. — Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk. 1889. 11.)*

Auf anthropologische, sociale und kosmische Ursachen lassen sich die Verbrechen zurückführen. Die Behauptung, dass nur die gesellschaftliche Lage am Verbrechen Schuld hat, wird schon dadurch widerlegt, dass nur wenige aus den grossen Massen des Volkes, die in gleichen Verhältnissen leben, zu Verbrechern werden und an diesen wenigen findet man einen höheren Procentsatz von körperlichen und geistigen Anomalien. Was die kosmischen Einflüsse betrifft, so steht fest, dass das Klima, Wechsel der Jahreszeiten und der Temperatur auf die criminalistische Statistik Einfluss haben. Um nun zu sehen, wie weit sich der Einfluss jener drei Ursachen erstreckt, muss man jeden einzelnen Fall nach diesen Richtungen hin studiren. Von diesem Gesichts-



punkte ausgehend gibt Verf. die Geschichte eines Mörders und sucht die Ursachen seines Verbrechens zu ergründen. Der Betreffende exmittirt, da er die Miethe nicht hatte zahlen können, tödtete im Zorn das eigene Kind. Indem Verf. nun die Motive zur That genau zergliedert, findet er zunächst als activen Factor den plötzlichen Ausbruch des Zornes vereint mit dem übermässigen Wunsche nach Rache, so dass die Handlung in unbewusstem Zustande geschah. Aber auch dieser kranke Impuls kann nur einem besonders dazu disponirten Individuum entstammen. Hereditäre Belastung, Hang zum Trinken, längeres Fieber spielen bedeutsame Factoren in seiner Lebensgeschichte. Körperlich lassen sich Degenerationszeichen nachweisen, psychisch bestehen Defecte des Gedächtnisses und Leidenschaftlichkeit des Charakters. Dazu kommen nun ökonomische Ursachen, die Arbeitslosigkeit und die Mittellosigkeit in Folge derselben. Der Mord ist demnach das Resultat unglücklicher socialer Verhältnisse, welche eine kriminell veranlagte Person betrafen.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

761. *Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers.*

Von Dr. Georg Cornet.

(Zeitschrift für Hygiene. V.)

Ref. Dr. Emil Rochelt, Meran.

Seitdem *R. Koch* nachgewiesen, dass die Tuberculose durch den Tuberkelbacillus bedingt sei, wurden von mehreren Seiten Versuche angestellt, um das Vorkommen des Bacillus ausserhalb des thierischen Körpers, in der Luft, im Staube etc. nachzuweisen und um die Lebens- und Entwicklungsverhältnisse dieses Bacillus eingehender kennen zu lernen. Die Versuche *C. William's*, welcher mit Glycerin bestrichene Glasplatten in den Ventilationsschacht von Krankensälen aufhing, sowie die Experimente *Celli's* und *Guarnieri's, Welde's* und *Baumgarten's* sind nicht geeignet, das Vorkommen des Tuberkelbacillus frei in der Luft oder im Staube mit Exactheit, einwandfrei und überzeugend nachzuweisen. Es ist das grosse Verdienst *Cornet's*, diese Aufgabe gelöst zu haben. Unter der Leitung *R. Koch's* hat *Cornet* eine grosse Zahl sehr geistreich und exact durchgeführter Untersuchungen angestellt, deren Schlussfolgerungen eine unendlich grosse Bedeutung für die Hygiene, für das Wohl und Wehe vieler Tausender beanspruchen dürfen. *Cornet* ging in der Weise vor, dass er aus von Tuberculosen bewohnten Zimmern, von dem aus der Luft auf die in demselben befindlichen Geräthe, Möbel etc. in natürlicher Weise frei abgelagerten Staube mit sterilisirtem Instrumente kleine Partikelchen entnahm, dieselben in keimfreier Bouillon gleichmässig vertheilte und mit einer Spritze in die Bauchhöhle von Meerschweinchen injicirte. Er gebrauchte dabei die Vorsicht, stets den Staub solchen Möbelstücken zu entnehmen, welche einer directen Ver-



unreinigung durch ein Sputum nicht ausgesetzt waren, z. B. die hintere Wand des Kopfendes vom Bette, hochhängende Bilder, Uhrgehäuse etc. Von den sehr interessante Details enthaltenden, ausführlich angeführten Versuchen, zu welchen das Untersuchungsmaterial aus Krankenhäusern, Irrenanstalten, Zellengefängnissen, Polikliniken, Inhalationsanstalten und Privatwohnungen bezogen wurde, sei erwähnt, dass in einem Falle 6 Wochen nach dem Tode einer tuberculösen Patientin von der Wand noch virulenter tuberculoser „Infectionsstaub" gewonnen wurde, und dass viele Fälle, die noch als „hereditäre Belastung" bezeichnet wurden, mit Sicherheit ungezwungen hervorgebracht, durch Infection erwiesen werden konnten. *Cornet* stellte auch eine grössere Reihe von Versuchen an, bezüglich Räumlichkeiten, in welchen Phthisiker sich nur seltener und kürzere Zeit aufhielten; diese fielen alle negativ aus, ein Beweis, der gegen die früher behauptete Ubiquität des Tuberkelgiftes spricht. Ebenso konnte er nachweisen, dass bei genügender Reinlichkeit jeder Wohnraum, in welchem tuberculöse Sputa unter genügender Vorsicht lagern, rein, i. e. nicht infectiös erhalten werden kann, wie er aus Untersuchung der seinem Arbeitstische, auf welchem er zwei Jahre lang ausschliesslich mit tuberculösem Materiale experimentirte, nächststehenden Wände, die ein vollständig negatives Resultat ergaben, sicherstellte.

Da es eine feststehende Thatsache ist, dass Tuberkelbacillen unabhängig vom menschlichen und thierischen Organismus nirgends sich entwickeln, nirgends sich vermehren können, so muss als die Hauptinfectionsquelle für die Weiterverbreitung der Tuberculose das Sputum der Phthisiker angesehen werden. In der Unschädlichmachung des tuberculösen Sputums, in der Verhinderung der Eintrocknung desselben, der Zerstäubung desselben in der Luft liegt die Handhabe, welche wir besitzen, um prophylaktisch gegen die Verbreitung der Tuberculose anzukämpfen. Die von Phthisikern ausgeathmete Luft ist niemals, wie durch die Arbeiten *Nägeli's*, *Wernich's*, *Guering's*, *Tappeiner's* und Anderer zur Evidenz erwiesen ist, der Träger der Tuberkelbacillen, ebenso ist nachgewiesen, dass von ausgeworfenen Sputis, so lange sie feucht bleiben, unter keinen Verhältnissen Bacillen in die Luft übergehen.

Verfolgen wir mit *Cornet* das Schicksal des ausgeworfenen Sputums, welches wir als die Todesursache von ein Siebentel aller Menschen zu betrachten haben, vorzüglich auf die Verhältnisse, welche eine Vertrocknung und Zerstäubung ermöglichen. Der Phthisiker spuckt zu Hause entweder in ein mit einer Flüssigkeit gefülltes Handgefäss, das je nach Bedarf in den Abguss entleert wird. Bei dieser Procedur ist eine Ansteckung durch Inhalation ausgeschlossen. Oder der Phthisiker entleert den Auswurf in einen am Boden stehenden, mit Sand oder Sägespänen gefüllten Napf. Hierbei ist immerhin eine Eintrocknung und Zerstäubung des Sputums und dadurch eine Infection möglich, abgesehen davon, dass bei nicht minder genügender Treffsicherheit so manches Sputum am Rande des Gefässes oder darüber auf dem Fussboden zu lagern kommt. Oder drittens der Patient spuckt einfach auf den Holz- oder den mit Teppichen belegten

Fussboden, eine Unsitte, die, wie jeder erfahrene Arzt bestätigen wird, leider auch in den höherstehenden, gebildeteren Kreisen eine häufig vorkommende ist. Findet eine Zerstäubung dieses Sputums z. B. beim Herumgehen im Zimmer statt, so ist zu einer Infection Gelegenheit gegeben. Zum Glück bleiben diese Sputummassen nach den Untersuchungen *Cornet's* in der Regel nur ganz kurze Zeit in der Luft suspendirt und bilden beim Zutritte einer ganz geringen Feuchtigkeit eine zur Inhalation wenig geeignete, zusammengeballte Masse. Der Hauptträger der Infection ist zweifellos, insbesondere beim weiblichen Geschlechte, das Taschentuch. Das Spucken in Taschentücher ist fast allgemein bei Phthisikern üblich, wird mindestens hier und da von diesen geübt. Wenn ein Kranker beispielsweise einen Besuch abstattet, wenn er mit Jemandem sich unterhält, wenn er einem Concerte oder einer Versammlung beiwohnt, so bedient er sich, da für Spucknäpfe fast noch nirgends vorgesorgt ist, und ein Ausspucken gegen die herrschende Sitte verstösst, fast ausnahmslos des Taschentuches. Wenn dieses, mit tuberculösen Sputis imprägnirt, wieder in die Tasche versenkt wird und hier in einer Temperatur von 25—33° gehalten wird, ist es geradezu ganz ausgezeichnet geeignet zur raschen Verdunstung der Feuchtigkeit und raschen Eintrocknung des Sputums. Ausserdem wird noch durch unvermeidliches Reiben in der Tasche und besonders beim Gebrauche der infectiöse Staub fein pulverisirt dem Patienten selbst und seiner Umgebung auf dem nächsten Wege zugeführt. Das vom Taschentuch Gesagte gilt ebenso von den mit Sputum beschmutzten Betttüchern und Hemden. Wird das Taschentuch nur zum Abwischen des Mundes nach dem Ausspucken benützt, ist die Gefahr der Infection durch dasselbe natürlich geringer, immerhin aber doch bestehend.

Ausserhalb des Hauses, auf der Strasse, entleert der Phthisiker seinen Auswurf entweder wieder in das Taschentuch oder auf den Erdboden. Bei den mannigfachen Luftströmungen und der hier stets herrschenden Bewegung werden die einathmungsfähigen Bacillen sich in der umgebenden Luft in kurzer Zeit so fein vertheilen und verstäuben, dass eine Einathmung „bei der vielfachen Gelegenheit ohne Zweifel einmal möglich ist, dass aber die Gefahr im Allgemeinen als keine sehr grosse bezeichnet werden kann, zumal, wenn wir berücksichtigen, dass eine Pulverisirung und Zerstäubung nur bei trockenem Wetter stattfinden kann. Bei regnerischem, feuchtem Wetter ist eine Infection hieraus fast unmöglich, bei trockenen Winden, besonders Ostwinden dagegen denkbarer, obzwar hierbei wieder die stattfindende rasche Verdünnung der Bacterienmenge zu berücksichtigen ist". Es ergibt sich hieraus, wie nothwendig eine genügende Besprengung und Strassenreinigung ist. Zum Beweise, dass in der That die Gefahr der Ansteckung aus den zufällig auf der Strasse entleerten Sputis Tuberculoser eine verhältnissmässig geringe ist, bringt *Cornet* eine statistische Zusammenstellung der Erkrankungen der Strassenkehrer an Tuberculose, welche ergibt, dass dieselben, welche doch den Strassenstaub aufwickeln und Tag für Tag einathmen müssen, keinen höheren Percentsatz an Tuberculose aufweisen, als andere Staubarbeiter, wie Müller, Kohlenarbeiter etc.

Es ist daher mit Recht anzunehmen, dass Infectionen vom Strassenstaube aus für die Passanten der Strasse noch wesentlich seltener vorkommen dürften.

Die Hauptquellen der Weiterverbreitung der tuberculösen Infection sind also gegeben durch das Ausspucken der Phthisiker in ihre Taschentücher und auf den Fussboden, Teppich etc. *Cornet* fand ausnahmslos bei seinen Untersuchungen im Staube der Luft den Tuberkelbacillus in Räumen, welche von Patienten bewohnt waren, die in's Taschentuch oder auf den Boden zu spucken gewohnt waren und erhielt dagegen in keinem einzigen Falle ein positives Resultat, wenn die betreffenden Kranken sich ausschliesslich des Spucknapfes zur Entleerung des Auswurfes bedienten. *Cornet* bespricht ausführlich die prophylactischen Massnahmen, welche für jeden, der Sinn und Verständniss für Hygiene besitzt, von ganz ausserordentlicher Wichtigkeit sind. Er stellt als obersten Satz auf, dass der Phthisiker an sich bezüglich der Infectiosität fast absolut ungefährlich ist und erst durch üble Angewohnheiten gefährlich wird. Es ist von jedem Phthisiker absolut zu vermeiden das Ausspucken auf den Boden, auf Teppiche, in Taschentücher etc.; nicht nur in der Wohnung, sondern auch im Bureau, in der Werkstätte muss in nächster Nähe und stets leicht erreichbar ein Spucknapf stehen, dessen Boden mit Wasser oder einer desinficirenden Lösung bedeckt ist. Noch praktischer und sicherer sind die mit einem Deckel versehenen Handspucknäpfe, deren elegantere und schönere Gestaltung leicht herzustellen wäre. Spätestens innerhalb 24 Stunden muss der Spucknapf entleert und gereinigt werden. *) Der Phthisiker vermeide so viel wie möglich das Küssen auf den Mund, vermeide Gegenstände mit dem Munde zu berühren, welche von anderen Personen, z. B. Kindern, in den Mund gesteckt werden, Spielzeug, Trompeten etc. Gläser, Löffel etc. sind nach dem Gebrauche sorgfältig mit frischem Wasser zu reinigen. Die Wäsche soll, soweit möglich, getrennt von der übrigen Wäsche gewaschen werden; Taschentücher, Hemden sollen unbedingt sorgfältig ausgekocht, oder noch besser vor dem Waschen in einer Desinfectionsanstalt desinficirt werden. Von Zeit zu Zeit ist eine gründliche Reinigung der Wohnung des Patienten, Abreibung der Wände mit Brod etc. erforderlich. Nach dem erfolgten Tode eines Phthisikers müssen das Bett, die Decke, Sophakissen, Teppiche, Vorhänge, Kleider und Wäsche des Verstorbenen, mindestens aus dem Zimmer, in welchem derselbe sich gewöhnlich aufhielt, in einer Desinfectionsanstalt mit strömendem Dampfe — das Reinigen in Bettfedernreinigungsanstalten genügt absolut nicht — gereinigt werden. Die Wände, Oefen, Bilderrahmen des Sterbezimmers sowohl, als des von dem Verstorbenen sonst öfter benützten Zimmers sind nicht mit dem Besen abzukehren, sondern mit frisch gebackenem Schwarzbrod fest abzureiben. Auch sonstige Möbelstücke sind, soweit es angeht, mit Brod zu reinigen, die zerstreuten Brosamen sodann

*) Bekanntlich wurde mittlerweile von *Dettweiler* ein tragbarer, allen Anforderungen entsprechender Spucknapf empfohlen.



durch sorgfältige Reinigung des Bodens mit Bürsten, Lauge, Seife und Wasser zu entfernen.

In bisher intacten Familien muss die Prophylaxis sich schon auf die Neugeborenen erstrecken, sorgfältige Untersuchung der Amme, Abkochen der Kuhmilch, das Vermeiden des Küssens der Kinder auf den Mund, Ueberwachung des Umganges und der Spielplätze. In der Schule hat der Lehrer dafür Sorge zu tragen. dass nicht auf den Boden gespuckt werde, und muss in der Nähe eines hustenden Schülers ein Spuckgefäss aufgestellt werden. Die Zimmerböden dürfen stets nur auf feuchtem Wege gereinigt werden, das Zimmerkehricht soll verbrannt werden. Während des Zimmerreinigens und Aufbettens verlasse man, wenn thunlich, das Zimmer, wenn dies nicht angeht, bringe man durch einen Wasserspray möglichst bald etwa aufgewirbelte Bacterienkeime zum Absitzen. Man vermeide auf alle mögliche Weise den Verkehr mit Menschen, welche auf den Boden oder in's Taschentuch spucken, sorge in seiner eigenen Wohnung für Aufstellung von Spucknäpfen (in jedem bewohnten Raume, im Corridor und der Küche je ein Spucknapf) an geeigneten, den Besuchenden in die Augen fallenden Stellen. In Gasthöfen und Curorten ist der Gebrauch von Teppichen und Bettvorlagen möglichst zu vermeiden. Auch in Fabriken, Werkstätten und Kanzleien muss für eine hinreichende Zahl von Spucknäpfen vorgesorgt sein. Nicht blos derjenige, dem die Diagnose Phthise gestellt wurde, sondern jeder Mensch, welcher hustet und, wenn auch ganz vorübergehend, einen Catarrh hat, muss ganz die gleichen Vorsichtsmassregeln bezüglich des Auswurfes beobachten. Auch für jedes Gemeinwesen, insbesondere für Curorte, erwachsen aus der Prophylaxe der Tuberculose mancherlei neue Pflichten. Errichtung von Desinfectionsanstalten, zwangsweise möglichst unentgeltliche Benützung derselben, genügende Bespritzung der Strassen, Reinigung durch Kehren, stets erst nach der Bespritzung vorzunehmen etc. etc. Die Ausführung all dieser prophylactischen Massnahmen wird nur dann möglich sein, wenn das genügende Verständniss für diese Frage in alle Schichten der Bevölkerung gedrungen sein wird. Zunächst muss der Phthisiker selbst belehrt werden und dieser wird leicht zu gewinnen sein, wenn man ihm vorstellt, dass er die Hauptgefahr über sich selbst bringt, wenn er in „unreinlicher Weise" ausspuckt, denn er ist ja zunächst im Centrum der Bacillenstaubwolke und kann deshalb leicht eine neue Infection erfahren, d. h. durch Inspiration des tuberculösen Sputums bisher gesund gebliebene Partien seiner Lunge inficiren. Die Arbeit *Cornet's* birgt eine solche Fülle wichtiger Daten, dass deren eingehendes Studium nicht nur allen Aerzten, sondern auch dem grossen Publikum dringend empfohlen werden muss. Die grosse *Koch*'sche Entdeckung, welche bisher nur dazu geführt hat, Bacillen zu färben und somit einen diagnostischen Werth hatte, gewinnt erst durch die Verwerthung derselben für die Prophylaxis den grossen, unabsehbaren Werth und darin einen grossen Schritt vorwärts gemacht zu haben ist das hervorragende bleibende Verdienst, welches sich *Cornet* durch seine Publication erworben hat.



Literatur.

762. ***Die anatomische und histologische Zergliederung des menschlichen Gehörorganes im normalen und kranken Zustande für Anatomen, Ohrenärzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***Adam Politzer****, a. ö. Professor der Ohrenheilkunde an der Wiener Universität etc. Mit 164 Abbildungen und einer in den Text gedruckten Tafel. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.*

Wenn wir auch zugeben wollen, dass die Anatomie der Ohren mit Fleiss und Ausdauer auch an fertigen Präparaten erlernt werden kann, muss anderseits ausdrücklich hervorgehoben werden, dass durch sorgfältige Sectionsübungen eine bei weitem grössere Sicherheit in den topographischen Verhältnissen des Gehörorgans zu erlangen ist. Jeder weiss, mit wie vielen Schwierigkeiten die Präparation der wichtigsten Theile des Ohres verbunden ist und wie lebhaft der Mangel eines Werkes empfunden wurde, welches dem Fachmanne auf diesem Gebiete als verlässlicher Wegweiser dienen könnte. Diesem Uebelstande soll die vorliegende Arbeit abhelfen, welche vermöge ihrer mannigfachen Vorzüge den übrigen classischen Werken des illustren Verfassers würdig zur Seite gestellt werden kann. *Politzer's* neue Arbeit behandelt den ganzen Stoff in höchst instructiver Weise, enthält eine vollständige Darstellung der Präparationsmethoden, welche bei der anatomischen und histologischen Zergliederung des Ohres in Anwendung kommen. Auch werden die Conservirungsmethoden feuchter und trockener Präparate, die Corrosionsanatomie des Ohres recht ausführlich erörtert. Bezüglich der Sectionstechnik für das pathologisch-anatomische Studium theilt Verfasser sämmtliche Principien mit, die im gegebenen Falle mit Erfolg angewendet werden können. Sehr eingehend wird die Histologie des Ohres behandelt, wobei alle neueren Errungenschaften berücksichtigt werden. In diesem Abschnitte werden die vorbereitenden Methoden, die Fixirung und Härtung, die Entkalkung, das Einbetten und Einschneiden, die Färbung der Schnitte, Aufhellen und Einschliessen derselben, die Serienschnitte und nachfolgend die histologische Untersuchung sämmtlicher Ohrtheile mit der grössten Genauigkeit eingehend geschildert. Das Werk des hochverdienten Gelehrten sei allen Fachmännern auf's Wärmste empfohlen.

□

763. ***Lehrbuch der Physiologie.*** *Von Prof.* ***Hermann*** *in Königsberg. Neunte vielfach verbesserte Auflage. Berlin, Hirschwald, 1889.*

Wenn das Lehrbuch einer Doctrin, in welcher unentwegt so Hervorragendes geleistet, so immens viel publicirt wird, wie dies bei der Physiologie der Fall ist, in neunter Auflage erscheinen kann, so ist dies wohl schon an sich ein sicheres Zeichen der praktischen Verwendbarkeit und gediegenen Darstellung des gebotenen Stoffes. Dies trifft thatsächlich bei dem eben vorliegenden, in der ganzen medicinischen Welt bekannten *Hermann*'schen Lehrbuche zu, welches neben *Brücke* und *Landois* wohl die grösste Verbreitung gefunden haben dürfte. Eine Eigenthümlichkeit des *Hermann*'schen Buches kann es genannt werden, dass es den anderen verwandten oder sich anlehnenden Doctrinen keinerlei Concessionen macht, noch auch im Geringsten, selbst nur in Anmerkungen auf fremdes Gebiet übergreift, sondern eben nur die reine Physiologie behandelt. Für den Gebrauch des Schülers ist dies ein Vortheil, da dessen Aufmerksamkeit nicht auf andere Gebiete gelenkt wird, für den prak-



tischen Arzt dagegen wäre ein wenig praktische Nutzanwendung, etwas klinische oder diagnostische Verwerthung der physiologischen Thatsachen und Erscheinungen sehr willkommen. Die Ausstattung des mit 145 in den Text gedruckten Abbildungen versehenen Buches ist der ausgezeichneten Verlagshandlung von Hirschwald würdig. *v. Buschman.*

764. ***Die Suggestion und ihre Heilwirkung.*** *Von* ***Bernheim*** *in Nancy. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. S. Freud in Wien. II. Auflage. Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1888.*

Die eigentliche Leistung *Bernheim's* und seiner im gleichen Sinne arbeitenden Nancyer Collegen besteht darin, die Erscheinungen des Hypnotismus ihrer Seltsamkeit zu entkleiden, indem sie an wohlbekannte Phänomene des normalen psychologischen Lebens und des Schlafes geknüpft werden. In dem Nachweise der Beziehungen, welche die hypnotischen Erscheinungen mit gewöhnlichen Vorgängen des Wachens und des Schlafes verbinden, in der Aufdeckung der für beiderlei Erscheinungsreihen giltigen psychologischen Gesetze ist nach der Ansicht des Uebersetzers der Hauptwerth des Buches gelegen. Das Problem der Hypnose wird dabei durchaus auf das Gebiet der Psychologie hinübergespielt und die Suggestion wird als Kernpunkt und Schlüssel des Hypnotismus hingestellt, ihrer Bedeutung überdies auch auf anderen Gebieten als dem des Hypnotismus nachgegangen. Der im zweiten Theile des Buches enthaltene Nachweis, dass die Anwendung der hypnotischen Suggestion dem Arzte eine mächtige therapeutische Methode schenkt, welche sogar für die Bekämpfung gewisser nervöser Störungen die passendste, dem Mechanismus dieser Störungen adäquateste zu sein scheint, verleiht dem Buche eine grosse praktische Bedeutung und die Betonung des Umstandes, dass die Hypnose wie die hypnotische Suggestion bei der Mehrzahl der Gesunden, nicht blos bei Hysterischen und schweren Neuropathen, zur Anwendung kommen kann, ist geeignet, das Interesse für die Sache in stets weitere Schichten, hauptsächlich unter den Aerzten, zu tragen. Das Buch behandelt unter Anderem auch eine wichtige, die Anhänger des Hypnotismus in zwei Lager theilende Frage. Die Einen nämlich, darunter *Bernheim* selbst, behaupten für alle Erscheinungen des Hypnotismus den gleichen Ursprung, nämlich die Herkunft von einer Suggestion, einer bewussten Vorstellung, welche dem Gehirne des Hypnotisirten durch äussere Beeinflussung eingegeben und von ihm wie eine spontan entstandene aufgenommen worden ist. Alle hypnotischen Phänomene wären demnach psychische Erscheinungen, Effecte von Suggestionen. Die Anderen dagegen halten daran fest, dass dem Mechanismus wenigstens mancher hypnotischen Erscheinungen physiologische Veränderungen, d. h. Verschiebungen der Erregbarkeit im Nervensystem ohne Betheiligung der mit Bewusstsein arbeitenden Partien zu Grunde liegen, und sprechen daher von den physischen oder physiologischen Erscheinungen der Hypnose. Gegenstand dieses Streites ist hauptsächlich der Grand Hypnotisme *Charcot's*. Von Wichtigkeit ist der von *Bernheim* aufgestellte Satz, dass Niemand hypnotisirt werden kann, der nicht daran glaubt, dass er hypnotisirt werden wird. Ueber die medicamentöse Fernwirkung und die Gedankenübertragung, die Suggestion mentale, spricht sich Verf. äusserst reservirt aus, da er hierin nur negative Erfolge erzielt hat. Wenn diese beiden Thatsachen wirklich existiren, so gehören sie nicht der Suggestion an. So verlockend es nun wäre, näher auf die meist sehr geistreichen Deductionen des bekannten Nancyers Neuropathologen einzugehen, muss dies doch mit Rücksicht auf den Charakter einer Be-



sprechung unterbleiben. Es sei nur noch gesagt, dass die vorliegende zweite, sehr gut ausgestattete Auflage kein unveränderter Abdruck der ersten ist; sie enthält vielmehr eine neue Classification der Abstufungen der Hypnose, ferner eine ausführliche Erörterung einer Erscheinung von höchster Tragweite für Gesellschaftskunde und Rechtspflege, nämlich der rückwirkenden Hallucinationen; ferner bringt sie eine grosse Zahl von neuen suggestiven Heilwirkungen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass das von Dr. *Freud* sehr geschickt übersetzte Werk *Bernheim's* in der lawinenhaft anschwellenden Literatur über Suggestion einen der ersten Plätze einnimmt, der ihm auch sicher gebührt. Die in *Bernheim's* Buche zu Tage tretende massvolle, der Sache ohne Voreingenommenheit zu Leibe gehende Methode berührt angesichts so mancher anderen bombastischen Anpreisung der neuen wunderreichen Therapie einerseits und der Alles über Bord werfenden souveränen Verachtung aller einschlägigen Thatsachen sehr angenehm. Schon aus diesem Grunde allein wünschte der Referent dem hochinteressanten Werke eine möglichst grosse Verbreitung im ärztlichen Publicum. *v. Buschman.*

765. ***Physiologie des Genusses.*** *Von* ***P. Mantegazza.*** *II. Auflage. Sparmann in Leipzig, 1888.*

Der Genuss ist ein elementares Lebensphänomen, welches als solches nicht weiter erklärt werden kann; er ist eine Empfindung, denn er bietet die dieser Art von Lebensoffenbarung eigenen Merkmale dar. Die ihn bildenden Hauptelemente sind der Eindruck eines äusseren oder inneren Organs auf einen reizbaren Punkt unseres Körpers, die von der „empfindlichen Fiber" gefühlte eigenthümliche Modification und das Bewusstsein der Empfindung. *Mantegazza's* Buch soll nur die wahrnehmbaren Momente der Empfindung beschreiben und in eine Art von System bringen. Das Phänomen des Genusses kann, wie jede Empfindung, seinen ersten Ursprung in den peripheren Nerven oder im Gehirne und Rückenmark haben. Der Genuss ist fast immer eine übertriebene Empfindung, eine Kundgebung von übermässiger localer oder allgemeiner Kraft. *Mantegazza* unterscheidet die Genüsse in zwei Classen, die physiologischen und die pathologischen, die ersten entsprechen den gewöhnlichen Gesetzen der Organisation und dienen zu deren Erhaltung und Stärkung; die letzteren haben immer ein abnormes Verhältniss oder eine Krankheit zur Voraussetzung. Das vorliegende Buch zerfällt in drei Abtheilungen: I. Sinnesgenüsse, II. Gefühlsgenüsse, III. Verstandesgenüsse. In dem 155 Seiten starken ersten Abschnitte werden die allgemeinen Lustgefühle, der Geschlechtsgenuss, die Genüsse des Geschmacks, Geruchs (Tabak), Gehörs und Gesichts besprochen; ein Capitel behandelt die Genüsse der Trunkenheit, das letzte Capitel behandelt die negativen Lustempfindungen der Sinne. Der 209 Seiten starke zweite Abschnitt spricht von den Genüssen der Eigenliebe, des Egoismus, des Schamgefühls, Ehrgefühls, Ehrgeiz, Hochmuth, Eitelkeit, vom Eigenthumsgefühl, vom Wohlwollen, von der Freundschaft, Liebe, Achtung, Patriotismus, vom religiösen Gefühl, von der Kampfesliebe, vom Rechts- und Pflichtgefühl, von der Hoffnung und endlich von dem negativen Genusse des Gefühls. Der dritte 55 Seiten starke Theil behandelt die Genüsse der Denk- und Sprechthätigkeit, des Gedächtnisses, der Phantasie, des Willens, spricht vom Genusse des Lernens und Sammelns, vom Genusse des Lächerlichen und von den negativen geistigen Genüssen. In einer 80 Seiten starken Synthese behandelt Verf. die Naturgeschichte des Genusses, dessen Ausdrucksformen, die moralische Topographie des Genusses, physische Geographie und



Ethnographie desselben, die Kunst des Genusses, die Philosophie der Spieler, das Glück. Das letzte Capitel enthält die Grundzüge der Edonologie oder der Wissenschaft vom Genusse und eine Reihe von Aphorismen. Eine Schlusstafel schildert die ethnographische Vertheilung des Genusses. Das Buch ist, wenn auch enorm weitschweifig, doch sehr lesenswerth.

v. Buschman.

766. ***Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf.*** *Herausgegeben von Dr.* ***Hermann Brehmer,*** *dirigirender Arzt. Mit eilf Curventafeln und mehreren in den Text gedruckten Holzschnitten. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1889.*

Die vorliegenden Mittheilungen bilden ein rühmendes Zeugniss für den wissenschaftlichen Ernst, mit welchem *Brehmer* seine Heilanstalt für Lungenkranke leitet. Nicht nur der klinische Verlauf der Schwindsucht wird auf Grund einer grossen Anzahl von Fällen (die Heilanstalt wurde im Jahre 1888 von 554 an Phthisis Leidenden aufgesucht) studirt und geschildert, sondern *Brehmer* verwerthet sein Sanatorium auch dahin, dass er eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen, welche sich auf die Ursache der Entstehung, auf den Ablauf und auf die Heilbarkeit der Phthise beziehen, von seinen wissenschaftlich gut ausgerüsteten Hilfsärzten ausführen lässt. Wie die folgende Inhaltsübersicht der Mittheilungen erkennen lässt, wurde sowohl im chemischen, als im bacteriologischen Institute von *Brehmer's* Heilanstalt fleissig gearbeitet. Die Mittheilungen enthalten: I. Aerztlicher Bericht über die Heilanstalt im Jahre 1888. Von Dr. *Brehmer*. 1. Aetiologie der Phthise in Bezug auf Contagiosität, Erblichkeit und Disposition. 2. Hygienische Einrichtungen der Anstalt. 3. Curative Einrichtungen der Anstalt. 4. Resultate der Behandlung. II. Zur Zuckerbestimmung im Harn. Von *W. Wendriner*. III. Ueber die Verschiedenheit der Windstärke in einem und demselben Thale, bedingt durch die locale Gebirgsformation. Von Dr. *Brehmer*. IV. Ueber den Werth der Fluorhydrogensäure-Inhalationen bei Lungenschwindsucht. Von Dr *Lud. Polyák*. V. Ueber das *Preyer*'sche Abkühlungsverfahren. Von *Paul Jetter*. VI. Die Heilbarkeit der Kehlkopfschwindsucht und deren Behandlung mit Milchsäure. Von Dr. *Theofil Stachiewicz*. VII. Eine leicht zu construirende Ventilspritzflasche. Von Dr. *E. Stroschein*. VIII. Eine Injectionsspritze für bacteriologische Zwecke. Von Dr. *E. Stroschein*. IX. Beiträge zur Untersuchung tuberculösen Sputums. Von Dr. *E. Stroschein*. X. Ueber die Passirbarkeit der Lungen für die Bacterien. Von Dr. *Wysokowicz*. *Brehmer's* Institut hat demnach neben den praktischen Erfolgen in der Behandlung der Tuberculose auch noch Früchte auf dem Gebiete der medicinischen Forschung geerntet. Das Werk wird von allen Fachgenossen wegen seines wissenswerthen Inhaltes mit Vortheil gelesen werden.

—r.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

767. ***Ueber die Verbreitungsweise der Tuberculose in Deutschland.*** *Von Prof.* ***Finkelnburg.*** *Nach dem Vortrage, gehalten beim achten Congress für innere Medicin. Wiesbaden 15.—18. April 1889. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 27.)*

Finkelnburg hat namentlich die Frage eines Einflusses der klimatischen und Bodenverhältnisse nach allen Richtungen geprüft. Um ein

möglichst ungetrübtes Bild dieser Einflussverhältnisse zu gewinnen, verglich Redner die Phthisissterblichkeit der weiblichen Bevölkerung, und zwar ausschliesslich in den Landgemeinden sämmtlicher Kreise des preussischen Staates für die Jahre 1877—1886. Diese Ausschaltung der vornehmlich von Beschäftigungseinflüssen abhängigen männlichen und des von socialen Schädlichkeiten mehr betroffenen städtischen Theiles der weiblichen Bevölkerung gewährt ein wesentlich abweichendes Bild von demjenigen, welches wir bezüglich der allgemeinen Phthisisverbreitung unter der gesammten Bevölkerung kennen. Die von dem Vortragenden demonstrirte kartographische Darstellung zeigte eine Abstufung des auf den Jahresdurchschnitt und auf je 10.000 weibliche Einwohner berechneten Verhältnisses der Tuberculosesterblichkeit bei Frauen in den verschiedenen preussischen Kreisen: von 7·7 im Kreise Friedland (Reg.-Bez. Königsberg), welchem sich die Kreise Strassburg, Konitz und Tuchel (Reg.-Bez. Marienwerder) mit 7·9—9·0 und 9·3 anschliessen, — bis zu 72·2 im Kreise Meppen (Reg.-Bez. Osnabrück), welchem als nächst stark betroffen die Kreise Lübbecke (64·5) und Herford (56·4) im Reg.-Bez. Minden und Aahaus (58·6) im Reg.-Bez. Münster folgen. Es wiederholt sich also auch bei der weiblichen Landbevölkerung der von dem Vortragenden schon 1881 hervorgehobene und seitdem vielbesprochene, auffällige Contrast zwischen dem verhältnissmässig immunen äussersten Nordosten und dem schwerst heimgesuchten äussersten Nordwesten Deutschlands. Nur trifft das Maximum bei der weiblichen Landbevölkerung nicht wie bei der allgemeinen Bevölkerung die industriellen dichtbevölkerten Kreise des Regierungsbezirks Düsseldorf, sondern in erster Reihe einen der industrieärmsten und zugleich schwächst bevölkerten Kreise des ganzen preussischen Staates, und auch die nächst stark betroffenen Kreise weisen eine überwiegend ackerbautreibende und verhältnissmässig dünn wohnende Bevölkerung auf.

Andererseits ergibt sich in mehreren überwiegend fabrikindustriellen Kreisen, z. B. in denjenigen von Aachen und Eupen, eine verhältnissmässig geringe Tuberculosesterblichkeit der weiblichen Landbevölkerung (25·6, bezw. 32·6 auf 10.000), gegen welche die erheblich höhere in den angrenzenden agricolen und dünn bevölkerten Kreisen im Verhältniss sich ungünstig abhebt.

Ein Gesammtvergleich des Bildes, welches die Verbreitungsintensität der Tuberculose bei der weiblichen Landbevölkerung darbietet, mit demjenigen der Wohnungsdichtigkeit, führt zu dem allgemeinen Schlusse, dass, entgegen der herkömmlichen Annahme, eine gesetzmässige oder überhaupt directe Beziehung zwischen beiden durchaus nicht besteht. Die bis zur neuesten Zeit so viel ausgesprochene Annahme einer solchen ursächlichen Beziehung ist offenbar nur dadurch entstanden, dass die meisten stark bevölkerten Kreise eine vorwiegend industrielle Bevölkerung haben, und dass die in Folge dessen weit höhere Phthisissterblichkeit der Männer das statistische Ergebniss beherrscht. Die Wohndichtigkeit als solche spielt dabei keine Rolle. Die weibliche Bevölkerung in den dichtest bewohnten Städten der östlichen Provinzen, z. B. in Danzig, hat eine geringere Phthisissterblichkeit, als sie in den Landgemeinden irgend eines Kreises der Rheinprovinz oder Westphalens zu finden ist.

Auf die bei Betrachtung der Phthisiskarte Deutschlands sich sofort aufwerfende Frage, welche Besonderheiten die so auffallend stark heimgesuchten Kreise im Nordwesten Deutschlands zur möglichen Erklärung darbieten, ergibt sich bezüglich des Bodens die Thatsache, dass dort die



ausgedehntesten Moordistricte Deutschlands liegen, dass gerade die beiden stärkst befallenen Kreise Meppen und Lübbecke sich mit den grössten und bis jetzt am wenigsten ameliorirten Moorflächen decken, und dass die in abnehmendem Grade nach Süden sich erstreckende Fortsetzung der hohen Phthisissterblichkeit durch die Kreise Lingen, Steinfurt, Bentheim, Aahaus u. s. w. hindurch, in ihrer Abstufung und ihrer Begrenzung übereinstimmt mit der Erstreckung jener hohen und stagnirenden Grundwasserverhältnisse, welche zur Moorbildung Veranlassung geben. In socialer und wirthschaftlicher Hinsicht bieten jene Gegenden keine Eigenthümlichkeiten, die man nicht in noch ausgeprägterem Grade auch anderswo fände.

Als einzige ganz charakteristische Eigenthümlichkeit bleibt nur die genannte Durchfeuchtung der sämmtlichen oberen Bodenschichten durch stagnirendes Grundwasser übrig, mit daraus hervorgehender Flora und Fauna des Moorlandes. Dieser Umstand musste erinnern an den von *Bowditch* für Massachusetts und von *Buchanan* für einen Theil des südlichen Englands geführten Nachweis, dass Orte mit andauernd hohem Grundwasserstande und mit mangelhaften Ablaufbedingungen für Meteor- und Tageswasser eine verhältnissmässig stärkere Schwindsuchtssterblichkeit besitzen, als Orte mit entgegengesetzten Bodenverhältnissen, und die Aufforderung lag vor, an der Schwindsuchtskarte Preussens, sowie des übrigen Deutschlands — soweit darüber statistischer Aufschluss möglich — eine etwa weiter verbreitete Beziehung zwischen Bodenfeuchtigkeit und Schwindsuchtssterblichkeit zu ermitteln.

Hierbei ergab sich zunächst die Thatsache, dass überall, wo im Westen und Süden Deutschlands Moorboden in erheblicher Ausdehnung besteht, die betreffenden Kreise sich durch erhöhte Sterblichkeit an Tuberculose hervorthun, gleichviel ob sie in der Niederung oder im Gebirge oder sogar im Hochgebirge liegen.

Im Widerspruch mit der Annahme eines die Tuberculoseverbreitung befördernden Einflusses der Sumpf- und Moorböden scheint auf den ersten Blick das verhältnissmässig immune Verhalten der ausgedehnten sumpfreichen Oder-, Warthe- und Weichselniederungen zu stehen. Indess unterscheiden sich die dortigen Bodenwasserzustände von den bisher besprochenen dadurch, dass es sich daselbst nicht um permanent mehr oder weniger gestautes Oberschichtwasser handelt, sondern um ein zu hohes Grundwasser, welches durch die porösen Bodenschichten hindurch mit dem strömenden Wasser der Flüsse in bald mehr, bald weniger lebhaftem Austausch steht. Es ist der allen Landwirthen und Botanikern bekannte Unterschied zwischen Hochmooren und Tief- oder Wiesenmooren (hooge veen und laage veen der Holländer), welche beide durchaus verschiedene Veränderungen im Boden, verschiedene pflanzliche und thierische Entwickelungen bedingen. Sehr bemerkenswerth ist die Thatsache, dass die gleiche Erscheinung höherer Phthisissterblichkeit in den Hochmoordistricten sich auch in Holland wiederfindet, einem Lande, welches wegen seiner unmittelbaren Angrenzung an unsere grossen Hochmoore, sowie wegen seiner ausgebildeten Todesursachenstatistik zum Vergleichen vorzüglich geeignet ist. Verfolgt man nach der durch die auffallende Stellung der Moorgegenden gegebenen Anregung die Beziehung der Bodenfeuchtigkeitsverhältnisse überhaupt zur örtlichen Phthisissterblichkeit in Deutschland, so ergibt sich eine Reihe von Thatsachen, welche diese Beziehung in überraschendem Masse bestätigen. Die auffallende Höhe der Phthisisverluste in den rheinischen Gebirgskreisen, welche diejenigen in den angrenzenden stark bevölkerten Industriekreisen erheblich übertreffen, deckt

sich mit der Erstreckung des Thonschieferbodens, welcher sowohl wegen seiner Undurchlässigkeit wie wegen der Plateauform seiner Gebirgsbildung überall zu stagnirender Bodenfeuchtigkeit auf der Höhe wie in den Thälern Anlass gibt. Sobald die Thonschieferformation abgelöst wird durch Gebirgsarten mit regelmässigerem Gefälle oder von durchlässigerem Gefüge, wie z. B. in dem südwestlichen Theile der Eifel und am Südabhange des Hunsrücks, da erscheint zugleich eine geringere Phthisissterblichkeit.

Sehr bemerkenswerth ist die bei einem Vergleiche der Phthisistodesfälle nach Altersclassen sich herausstellende Thatsache, dass in den ungünstig disponirten Regierungsbezirken das kindliche und halberwachsene Lebensalter im Verhältniss zu den Erwachsenen stärker betroffen wird, als in den günstig gestellten Bezirken. Bei der bezüglichen Untersuchung wurde um der grösseren statistischen Zuverlässigkeit willen das erste Lebensjahr ausser Vergleich gelassen. Auf je 100 Todesfälle an Tuberculose im Alter von über 15 bis 40 Jahren kamen Todesfälle im Alter von über 1 bis 15 Jahren: im Reg.-Bez. Osnabrück 27·7, im Reg.-Bez. Münster 37·6, im Reg.-Bez. Düsseldorf 33·3; dagegen im Reg.-Bez. Merseburg 10·9, im Reg.-Bez. Gumbinnen 11·9, im Reg.-Bez. Frankfurt a. O. 6·8.

Dieses frühzeitigere Ergriffenwerden der Bevölkerung vor dem Anbeginn des Berufsalters würde mit der Annahme einer vorherrschenden angeborenen Disposition ebenso vereinbar sein, wie mit derjenigen einer schon im zarten Kindesalter beginnenden und von den Beschäftigungseinflüssen unabhängigen endemischen Schädlichkeit. Für die letztere Alternative scheint die weitere bei dieser Untersuchung sich ergebende Thatsache zu sprechen, dass — im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Verhältniss — in den ungünstig disponirten Bezirken die weibliche Landbevölkerung stärker heimgesucht wird als die männliche, und auch stärker als die städtische.

Einen günstigen Einfluss der Höhenlage auf die Phthisisverhältnisse konnte der Vortragende nur in solchen Kreisen constatiren, in welchen mit der Höhenlage eine den Wasserlauf überall gleichmässig begünstigende Niveaugestaltung, sowie gleichzeitig eine Abwesenheit jeglicher mit Aufenthalt in geschlossenen Räumen verbundenen Industrie sich verbindet. Für einen directen Einfluss des Höhenklimas als solches liefert die Statistik in Deutschland keinen Beleg, und die dafür aus der Schweiz erbrachten Belege entbehren gleichfalls der Beweiskraft. Die vielgerühmten Alpenbezirke Füssen, Tölz und Berchtesgaden sind in ihrer Bevölkerung erheblich stärker von Schwindsucht heimgesucht, als die im Donauthale liegenden Bezirke Niederbayerns. Im Ganzen führt der statistische Vergleich zu dem Eindruck, dass eine nur mässig hohe Hügellandschaft mit nördlich oder nordwestlich vorliegendem Gebirgsschutz und mit durchlässiger, nicht geschichteter Bodenformation die günstigsten Bedingungen gegen endemische Disposition zur Tuberculose gewähre. Solche Verhältnisse bieten z. B. das Quellengebiet der Werra und Fulda, die Südwestabdachungen des Harzes und des Thüringerwaldes, das Saalethal und die Süddistricte des badischen Schwarzwaldes dar. Am entschiedensten aber äussert einen immunisirenden Einfluss die Nähe der offenen See, und wenn es sich um statistische Berechtigung irgend einer Vorzugswahl zur Errichtung von Sanatorien für Brustkranke handeln kann, so wird solche stets in erster Reihe der Nord- oder Ostseeküste zuerkannt werden müssen. —r.

Kleine Mittheilungen.

768. ***Kreosot*** soll nach *Böttrich* (Therapeut. Monatsh. 1889. 3) nach vorausgegangener Lungenblutung nicht zu frühe gereicht werden. *Böttrich* hat wiederholt gesehen, dass nach Verordnung von Kreosot eine zum Stillstand gebrachte Lungenblutung von Neuem ausgelöst wurde, dabei zeigte das Blut intensiven Kreosotgeruch.

769. ***Verlegung des Hodens.*** *Von Edmund Owen. (Lancet. 1889. Febr. 9.)*

Erfolgreiche Verlegung eines im Perineum eines 2jährigen Kindes gelegenen Hoden in's Scrotum, mit Resumé früherer derartiger Versuche und Erörterung über die Zweckmässigkeit, beziehungsweise Nothwendigkeit des Eingriffes.

Arning.

770. ***Eine neue Urethralspritze.*** *Von Alex. Foulerton. (Lancet. 1889. Febr. 16.)*

An einem weichen Gummikatheter von 6 Zoll Länge und Nr. 6 Scala (engl. Maass) ist ein kleiner Ballon fest angebracht. Der Apparat soll die so sehr empfehlenswerthe tiefe Injection der antigonorrhoischen Flüssigkeiten erleichtern und zugleich als transportables Receptakel (nach Knotenschürzung im weichen Katheteransatz) dienen. *Arning.*

771. ***Nitroglycerin bei Epilepsie.*** *Von Osler. (Neurolog. Centralbl. 1889. 269. — Berl. klin. Wochenschr. 1889. 14.)*

Osler hat in 19 Fällen von Epilepsie, bei welchen Bromsalze versagt hatten, Nitroglycerin in einprocentiger Lösung oder in Pillen zu 0·6 Mgrm. angewandt. Nach Verabreichung von Dosen zwischen 1·2 und 4·8 Mgrm. wurde eine, immer aber nur vorübergehende, Besserung zuweilen erreicht, jedoch waren dann immer schon Intoxicationserscheinungen: Kopfschmerz etc. vorhanden, so dass die Erfahrungen *Osler's* nicht ermuthigend sind.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Jahresbericht (47.) des unter dem Schutze Ihrer k. k. Hoheit der Erzherzogin Maria Carolina stehenden St. Josef unentgeltlichen Kinderspitales und des damit verbundenen Dr. Biehler'schen Kinderwärterinnen-Bildungs-Institutes für das Jahr 1888. Selbstverlag der Anstalt.

Moreau Dr. Paul. Der Irrsinn im Kindesalter. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Galatti. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Norström, Le Dr. G. Le massage de l'utérus. Paris, E. Lecrosnier et Babé, éditeurs. 1889.

Zahoř Dr. Heinrich, Stadtphysikus, k. k. Sanitätsrath. Fünfter Jahresbericht des Stadt-Physikates über die Gesundheitsverhältnisse der königl. Hauptstadt Prag für das Jahr 1886, erstattet —. Prag, im Verlage der Gemeinderenten der königl. Hauptstadt Prag.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Verlag von URBAN & SCHWARZENBERG in WIEN und LEIPZIG.

Die neueren Antipyretica.

Von **Docent Dr. Alois Biach** in Wien.

Mit 2 Holzschnitten. — 198 Seiten.

Preis: 3 fl. ö. W. = 5 Mark broschirt; 3 fl. 90 kr. ö. W. = 6 M. 50 Pf. eleg. geb.

Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz.

Von **Dr. Victor v. Gyurkovechky** in Wien.

VI und 178 Seiten.

Preis: 3 fl. ö. W. = 5 Mark broschirt; 4 fl. ö. W. = 6 M. 50 Pf. eleg. geb.

Jahresbericht der ersten chirurgischen Klinik des Hofrathes Prof. Albert in Wien.

Schuljahr 1887.

Von **Dr. Julius Hochenegg** in Wien.

Mit 47 Holzschnitten und 1 chromo-lithogr. Tafel.

Preis: 4 fl. 80 kr. ö. W. = 8 Mark broschirt; 6 fl. ö. W. = 10 Mark eleg. geb.

Klinische Diagnostik innerer Krankheiten

mittels bakteriologischer, chem. u. mikroskopischer Untersuchungsmethoden.

Von **Prof. Dr. Rudolf v. Jaksch** in Graz.

Zweite umgearb. und verb. Auflage. — Mit 125 zum Theil farb. Holzschn. XXVIII u. 440 S.

Preis: 7 fl. 20 kr. ö.W. = 12 Mark broschirt; 8 fl. 40 kr. ö. W. = 14 Mark eleg. geb.

Praktische Anleitung zum Gebrauche des Augenspiegels

für Studirende und praktische Aerzte.

Von **Docent Dr. L. Königstein** in Wien.

Mit 52 Holzschnitten. — VI u. 122 S.

Preis: 1 fl. 80 kr. ö. W. = 3 Mark broschirt; 2 fl. 40 kr. ö. W. = 4 Mark eleg. geb.

Lehrbuch der Toxikologie

für Aerzte, Studirende und Apotheker.

Von

Dr. L. LEWIN,

Privatdocent an der Universität Berlin.

MIT 8 HOLZSCHNITTEN UND 1 TAFEL.

VI und 456 Seiten.

Preis: 5 fl. 40 kr. ö. W. = 9 Mark broschirt;
6 fl. 60 kr. ö. W. = 11 Mark eleg. geb.

Handbuch der Hygiene.

Von

Dr. J. UFFELMANN,

o. ö. Professor und Vorstand des hygienischen Instituts an der Universität in Rostock.

I. Hälfte (Bogen 1—26).

Preis: 6 fl. ö. W. = 10 Mark broschirt.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

772. ***Die symptomatische Bedeutung und Therapie des Residualharns.*** *Von Dr.* ***L. Casper.*** *(Berliner Klinik. Heft 7.)*

Unter Residualharn versteht man diejenige Menge von Harn, die nach dem Uriniren in der Blase zurückbleibt. Der gesunde Mensch hat gar keinen Residualharn, d. h. er entleert seine Blase jedesmal bis auf wenige Tropfen. Wir besitzen also in dem Residualharn ein Mass für die Functionstüchtigkeit der Blase. Die Verminderung dieser Functionstüchtigkeit kann durch verschiedene Umstände bedingt sein: Defect der Blaseninnervation, Verlegung oder Verschliessung des Harnausflusses; ferner können degenerative oder quoad functionem dem gleichwerthige Processe in der Blasenmusculatur selbst ein Zugrundegehen oder eine Verminderung der Contractionsfähigkeit des Detrusor vesical. bedingen (Atonie der Blase). Andauernde anormale Frequenz des Harnens führt stets zur Vermuthung von vorhandenem Residualharn; die Quantität des entleerten Harns zeigt nur die Secretionsthätigkeit der Nieren, nicht aber die Expulsivkraft der Blase an. Ferner bedeutet unwillkürliches Abfliessen von Harn fast stets eine übergrosse Ansammlung von Residualharn, eine Retentio urinae, aber nicht eine Incontinenz. Es ist zweifellos, dass bei gewissen Fällen von chronischer Retention der Catheterismus absolut angezeigt ist; in einer sehr interessanten Auseinandersetzung sucht Verf. den Catheterismus von dem Verdachte zu befreien, in vielen Fällen eine schwere Cystitis, ja sogar manchmal den Tod des Patienten herbeigeführt zu haben. Die Cystitis wurde in diesen Fällen durch Hineintragung von Infectionsstoff in die Harnwege verursacht, während der plötzlich eintretende Tod seine Ursache darin hat, dass das Catheterisiren zu lange hinausgeschoben worden war. Je länger man also den Gebrauch des Catheters hinausschiebt, wo er über kurz oder lang doch nothwendig wird, desto bedenklicher wird das Leiden. Sobald die Quantität des zurückbleibenden Harns dauernd 100 Ccm. übersteigt, hält Verf. den Catheterismus für angezeigt, wobei man sich hüten muss, beim ersten Catheterisiren den ganzen Harn auszulassen. Ebenso wichtig ist es, den wohl desinficirten Catheter mit grösster Sorgfalt und Zartheit einzuführen, und verdienen dabei weiche Instrumente stets den Vorzug. Zum Befetten des Instruments empfiehlt Verf. ein innig verriebenes Gemisch von Lanolin.

purissim. anhydr. und Vaselin. americ. aa. part. aequales. Die Arbeit, die sich in ihren Ausführungen im Grossen und Ganzen den Ansichten *Thompson's* anschliesst, verdient in hohem Grade die Aufmerksamkeit des Praktikers. *v. Buschman.*

773. ***Casuistischer Beitrag zur Perversion des weiblichen Geschlechtstriebes.*** *Von Franz Torggler. (Wien. med. Wochenschr. 1889. 28. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 37.)*

Verf. knüpft an die im Archiv für Gynäkologie (Bd. XXXIV) von Dr. *C. Lacker* in Graz publicirten Fälle einer besonderen Form von verkehrter Richtung des weiblichen Geschlechtstriebes, die ohne Analogie beim Manne dasteht, an. Das Charakteristische dieser Form liegt, bei normal entwickeltem Geschlechtstriebe und normaler Zuneigung zum anderen und Fehlen jeder pathologischen Zuneigung zum eigenen Geschlechte, im gänzlichen und von jeher bestehendem Mangel geschlechtlicher Befriedigung durch den Coitus, wohl aber durch Onanie; dabei besteht volle Krankheitseinsicht, ja Wunsch nach Heilung und vollständiger Mangel von psychischen Entartungszuständen. Folgender eclatanter Krankheitsfall dieser Art ist nun vor Kurzem dem Verf. zur Beobachtung gekommen: Anfangs Januar d. J. wurde er von einer 20jährigen, den besseren Ständen angehörigen Frau wegen bestehender Sterilität consultirt. Dieselbe ist seit 6 Monaten mit einem 27jährigen, eruirbar sehr gesunden Manne verehelicht und hält sich an der Kinderlosigkeit für schuldig, umsomehr, als ihr Mann ein aussereheliches Mädchen von 4 Jahren besitzt. Eine genaue Untersuchung der Frau ergab: Clitoris auffallend gross, ebenso wie ihre Umgebung geröthet, Introitus weit, Vagina schlaff; Uterus und seine Adnexa, soweit abtastbar, normal; einzig und allein das Cervicalsecret etwas vermehrt, wogegen Salicylstäbchen in den Cervix mit dem besten Erfolge eingelegt wurden. Pat. ist bis auf Masern im 8. Lebensjahre nie krank gewesen, entwickelte sich frühzeitig und wurde im 13. Jahre zum ersten Mal menstruirt. Die Menses kehren seitdem regelmässig in 4wöchentlichen Intervallen wieder. Kurz nach Eintritt der Periode lernte Pat. durch eine im Hause lebende ältere Verwandte Onanie kennen, sie fröhnte bis zum 16. Lebensjahre excessiver Masturbation. Im 16. Lebensjahre ging sie ein Liebesverhältniss mit einem jungen Manne ein; sie mässigte damals ihre Onanie, ohne jedoch derselben ganz zu entsagen; nach circa $^1/_2$jähriger Bekanntschaft liess sie sich mit ihrem Liebhaber in wechselseitige Masturbation ein, die ihr mehr Wollust verursachte, wenn die Clitoris allein, als wenn die Vulva oder Vagina mechanisch gereizt wurden. Einem Coitus wurde aus socialen Rücksichten standhaft Widerstand geleistet, erst im 18. Jahre erfolgte der erste diesbezügliche Versuch, aber weder dieses Mal, noch bei dem in den nächsten 3 Monaten häufig ausgeführten Beischlaf fand sie eine Befriedigung des excessiv gesteigerten Geschlechtstriebes. Um dies zu erreichen, masturbirte sie nach vollzogenem Coitus, den sie überhaupt nur aus Liebe zum Manne, der jetzt von der früher geübten gegenseitigen Onanie nichts mehr wissen wollte, zuliess. Nach plötzlicher Lösung dieses Verhältnisses ergab sie sich neuerdings stark der Masturbation, die sie aber, ausser mit ihrer Verführerin, nie mit einem anderen

weiblichen Individuum gepflogen hatte. Ihren jetzigen Mann lernte sie bald darauf kennen und ehelichte denselben auf Grund wahrer Zuneigung gegen den Willen ihrer Eltern. Aber auch mit ihm fand sie im normalen geschlechtlichen Verkehre keine Befriedigung, blieb daher der ihr volle Befriedigung bereitenden Masturbation weiter getreu. Ihrem Manne, der vom ganzen Sachverhalt keine Kenntniss hatte, gab sie sich ohne jede Lust hin, bis sie in letzterer Zeit darauf verfiel, während des Coitus durch Manipulationen mit der Hand an der Clitoris auch eine Befriedigung des eigenen Geschlechtstriebes herbeizuführen. Um die bestehende Hyperästhesie möglichst herabzustimmen, verordnete Verf., ausser möglichster Vermeidung jeder geschlechtlichen Aufregung, grössere Dosen von Bromnatrium mit Lupulin, ausserdem wurde die Clitoris nebst Umgebung öfters mit 10proc. Lapislösung bepinselt, einerseits um die bestehenden Reizerscheinungen zu beheben, andererseits, um die Sensibilität der Clitoris abzuschwächen, in der Hoffnung, dadurch die Masturbation — die persönlich immer nur in manueller Friction der Clitoris bestand — zu erschweren. Verf. hoffte, dass es so später eher gelingen werde, die in der Schleimhaut der Vulva, der Scheide und am Cervix und Orificium uteri endigenden Geschlechtsnerven durch den Coitus zu erregen und eine normale Befriedigung des Geschlechtstriebes herbeizuführen. Der Erfolg war kein guter: Pat. gab nach 3 Wochen an, zwar weniger von geschlechtlichen Aufregungen geplagt zu sein, daher weniger onaniren zu müssen, aber der Beischlaf bringe ihr noch nicht jene volle Befriedigung, wie die Masturbation, wenn sie auch durch den einfachen Beischlaf jetzt öfters zum Bewusstsein von Geschlechtsempfindung komme. Entgegen *Lacker*, welcher annimmt, dass diese Form der Perversion sich nur finde, wenn die Endausbreitung der sensiblen Nerven, welche reflectorisch das den Geschlechtsact begleitende Wollustgefühl auslösen, sich allein auf die Glans clitoridis beschränke und wenn die Erregung derselben durch irgend welche Abweichung unmöglich sei, glaubt Verf., auf Grund obiger Beobachtung, mit Rücksicht auf die letzten mit Wollust verbundenen Coitusversuche annehmen zu müssen, und zwar auch auf Grund der mit dem früheren Liebhaber gepflogenen Masturbation per vaginam, dass eine Endausbreitung der sensiblen Nerven sich nicht auf die Clitoris beschränkt, sondern auch in der Vagina, resp. Vulva, vorhanden ist. Leider hat Pat. seit 4 Wochen sich Verf.'s Behandlung entzogen.

774. ***Ueber die mechanischen Verhältnisse bei der Entstehung der Pneumonie.*** *Von* ***S. J. Meltzer****, New-York. (Med. Monatsschr. Februar 1889. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 24.)*

Verf. hält es für unmöglich, dass bei der vielfachen, winkligen Knickung, welche die Luftwege (Mundhöhle, Trachea, Bronchien, Bronchiolen) darbieten, Mikroorganismen mit der Luft bis an die Alveolen gelangen können. Er nimmt vielmehr an, dass die erste Landung der Mikroorganismen im Munde und im Pharynx stattfindet, wo ja in der That die *Fraenkel*'schen Coccen im Verlaufe der Pneumonie nachgewiesen worden sind. Von dort mögen sie durch starke Inspiration oder auch durch gelegentliches Verschlucken in die Trachea und in die Bronchien

gelangen, um von hier entweder wieder durch Husten oder die Flimmerbewegung der Epithelien nach aussen befördert zu werden oder aber in vorhandenem Bronchialsecrete haften zu bleiben. In letzterem Falle wird eine starke Inspiration, vielleicht auch ein blosses Hinunterfliessen des Secretes sie weiter befördern, selbst bis in die Bronchiolen, weiter aber, bis in die Alveolen hinein, nicht. Denn in den Bronchiolen wird das Schleimklümpchen mit den Mikroorganismen, selbst wenn es noch so klein ist, durch die Capillarität festgehalten. Um es von hier in die Alveolen zu bringen, ist eine weitere Kraft nöthig, die von den Bronchien nach den Alveolen treibt und bei dem verstopften Bronchiolus sich vielleicht gerade ganz besonders wirksam zeigt. Eine solche Kraft glaubt Verf. in dem Hustenacte, und zwar in der mittleren Phase desselben, gefunden zu haben, bei welcher die energische active Exspiration bei gleichzeitigem Glottisverschluss eine beträchtliche Steigerung des intrabronchiellen Druckes setzt. „Dieser bedeutend gesteigerte intrabronchielle Druck, der schliesslich den Glottisverschluss sprengt, ist es, der auch den Pfropf in dem Bronchiolus in die entsprechenden Alveolen treibt. Der erhöhte Druck pflanzt sich überall (mit Ausnahme der vorderen und unteren Fläche) nach der Peripherie fort und somit auch nach allen Alveolen; aber gerade bei dem verstopften Bronchiolus zeigt er sich besonders wirksam, weil die entsprechenden Alveolen bei der Inspiration keine Luft erhalten haben und somit jetzt den Ort des geringsten Druckes darstellen, wohin der gesteigerte intrabronchielle Druck am ehesten ausweicht und den Pfropf mit hineinreisst. Dies gilt umsomehr, wenn der Pfropf längere Zeit stecken blieb, weil die Residualluft dahinter resorbirt wird und die Alveolen fast atelectatisch geworden sind." Vielleicht stellt der Husten, wenn nicht das, so doch wenigstens eines der Bindeglieder zwischen Bronchitis und Pneumonie dar. Für diese Anschauung spricht nach Verf., dass fast niemals eine fibrinöse Pneumonie sich an eine capilläre Bronchitis, an eine Bronchopneumonie anschliesst, weil hier erstens in Folge der Schwellung der Bronchiolenschleimhaut die Bronchiolen noch undurchgängiger und die Capillarität noch grösser geworden ist, und weil hier zweitens kein Husten, wenigstens kein ausgiebiger, sich einstellt. Uebrigens glaubt Verf. beobachtet zu haben, dass Pneumonie mit Vorliebe in jenem Stadium der Bronchitis einsetzt, in welchem das Secret dünnflüssig geworden, ein Umstand, den er ebenfalls zu Gunsten seiner Anschauungen geltend macht: nur der dünnflüssige Schleim kann als Träger der Infection fungiren, nicht aber das zähe, spärliche Secret, weil dieses weder hinunterfliessen, noch hinunterinspirirt werden kann. Aehnlich wie der Husten, kann nach Verf. auch die Bauchpresse (bei Defäcation, Erbrechen, Presswehen etc.) gelegentlich einen Infectionsstoff aus dem Bronchiolus in die entsprechenden Alveolen hineintreiben. Im Uebrigen gelten nach Verf. diese Erwägungen nicht blos für die Pneumonie, sondern ebenso für alle Lungenerkrankungen, die durch Hineingelangen von mikroskopisch kleinen Fremdkörpern infectiöser oder nicht infectiöser Natur hervorgerufen werden (tuberculöse Pneumoniosis anthracotica, siderotica, chalicotica etc.). Für alle diese Krankheiten gilt, dass sie meistens, wenigstens

ursprünglich, in dem nach oben und hinten gewendeten Lungenabschnitte localisirt sind. Nach Ref. — *A. Freudenberg* (Berlin) — stimmt dies mit der obigen Theorie *Meltzer's* insofern sehr gut, als die Druckerhöhung in den Bronchien zu Stande kommt, durch die Contraction aller sich contrahirenden Muskeln von unten und vorn nach oben und hinten geht. Dem entsprechend finde in den vorderen und hinteren Partien eine Druckfortpflanzung von den Alveolen nach den Bronchien, in den hinteren oberen aber gerade von den Bronchien nach den Alveolen hin statt.

775. ***Zur Prophylaxe der Tuberculose.*** *Von Prof.* ***Mosler.*** *(Verhandl. d. Vereins d. Aerzte d. Reg.-Bez. Stralsund.)*

Auf Grund der *Cornet'*schen Untersuchungen fordert *Mosler* alle Praktiker auf, gegen die Verbreitung der Tuberculose prophylactische Massregeln zu treffen. Das Ausspucken auf den Fussboden, die Wände oder das Taschentuch ist grundsätzlich den Patienten zu verbieten. Für Aufstellung von Spuckgläsern und -näpfen in genügender Zahl Sorge zu tragen; dieselben müssen etwas Wasser oder eine desinficirende Flüssigkeit enthalten, täglich mindestens einmal entleert und mit heissem Wasser gereinigt werden. Die *Dettweiler'*schen Handspuckgläschen, welche bekanntlich aus einem blauen Fläschchen von der Grösse einer Faust, oben mit einem federnden, neusilbernen Deckel, unten mit abschraubbarem Reinigungsabschluss bestehen, empfiehlt *Mosler* bestens. *Rochelt.*

776. ***Ueber Febris intermittens im Kindesalter.*** *Von Dr.* ***Widowitz.*** *(Wien. med. Blätter. 1888. — Deutsch. med. Zeitg. 1889. 57.)*

Widowitz theilt 3 Fälle von Intermittens aus *v. Jaksch'* pädiatrischer Klinik in Graz mit. Der erste Fall, charakterisirt durch deutlichen Milztumor und charakteristische Curve, ist bemerkenswerth durch Complication mit Otitis media und mit Otorrhoe. Die Möglichkeit des Entstehens derselben durch Chininintoxication ist zuzugeben, aber trotzdem unwahrscheinlich; ob Malariainfection direct ähnlich wie Morbillen für die Affection verantwortlich gemacht werden darf, muss weitere Beobachtung lehren. Der zweite Fall imponirte zunächst als Tuberculose wegen einer atypischen Curve und Fehlen des Milztumors; auf Grund einer genau aufgenommenen Curve war man jedoch veranlasst, Chinin zu geben und erzielte damit prompte Heilung. Der dritte Fall lässt die Deutung eines Typhus abdominalis zu, der erst im intermittirenden Stadium des Fiebers zur Aufnahme kam, doch spricht auch hier die prompte Wirkung des Chinins für Malaria.

777. ***Ueber Bulimie.*** *Von Dr.* ***Leo.*** *Vortrag im Verein für innere Medicin. 1889. 24. Juni. (Centralbl. f. Nervenhk. 1889. 24.)*

Vortr. definirt Bulimie als krankhafte Steigerung des Hungergefühls, welche durch abnorme Erregbarkeit des Hungercentrums entsteht. Nichtbefriedigung der Esssucht lässt Flauheit, Benommenheit des Kopfes, allgemeine Schwäche, Tremor, Ohrensausen, Magendruck und Schmerz auftreten. *Leo* beobachtete die Bulimie bei Morbus Basedowii, wobei sie unter dem Einfluss psychischer Erregung erzeugt wurde, bei Ulcus ventriculi, bei Hyperacidität des Magens, bei Cardialgie, bei gesteigerter moto-

rischer Thätigkeit des Magens, bei chronischem Magencatarrh, bei Diarrhöe und profusen Menses, wo sie periodisch mit dem Unwohlsein auftrat. In allen diesen Fällen bestand eine allgemeine Steigerung der nervösen Erregbarkeit, welche nicht nur zur Erklärung des Vorhandenseins der Bulimie verantwortlich gemacht werden muss, sondern auch bei Behandlung des Heisshungers neben der localen Therapie berücksichtigt werden soll. Narcotica, Bromkali und zweckmässige *Weir Mitchell*-Cur leisten in jener Beziehung gute Dienste.

778. ***Ueber die sogenannten traumatischen Neurosen.*** *Von Prof.* **Schultze.** *Vortrag bei der XIV. Wanderversammlung süddeutscher Neurologen. (Neurol. Centralbl. 1889. 13.)*

Verf. spricht zunächst die Befürchtung aus, dass die Bequemlichkeit dieser Bezeichnung leicht dazu verführen kann, gelegentlich organische Störungen zu übersehen. Der Vortragende selbst beobachtete einmal das ausgesprochene Bild einer *Brown-Séquard*'schen Halbseitenläsion, bei welcher noch nebenher dauerndes starkes Zittern bestand, bei einem Manne, dem ein schwerer Sack auf den Rücken gefallen war. Selbstverständlich kommen auch hypochondrische und melancholische Zustände nach solchen Verletzungen vor, die jedenfalls ohne gröbere anatomische Veränderungen einhergehen. Nur möchte der Vortragende darauf aufmerksam machen, dass der Zustand der Gewissensangst bei Simulanten ganz ähnliche Erscheinungen vorführen könnte. Ob die Einengung des Gesichtsfeldes, dessen Untersuchung bei ungebildeten und unaufmerksamen Kranken seine grossen Schwierigkeiten hat, ein sicheres Unterscheidungsmerkmal bildet, steht noch dahin; auch die oft so schwankenden Angaben über Sensibilitätsstörungen seitens der Kranken bedürfen der genauesten und oft wiederholter Controle, um Unaufmerksamkeit, absichtliche Täuschung und wirkliche Veränderungen zu unterscheiden. Am wenigsten kann sich der Vortragende mit dem Ausdrucke der „localen traumatischen Neurose“ befreunden; es handelt sich doch auch bei dieser Form der Erkrankung, wenn nicht Simulation vorhanden ist, um eine Psychose, und zwar in der Regel um dasjenige, was man früher Hypochondrie nannte, nicht aber um eine functionelle Alteration irgendwelcher peripherischen Nerven, zu welcher Annahme dieser Namen leicht verleiten könnte. In derartigen Fällen ist die Unterscheidung von Simulation vielfach durchaus keine leichte; selbst die Erhöhung der Sehnenreflexe ist kein eindeutiges Symptom. Auch auf die localen Anästhesien und Hyperästhesien kann für die Unterscheidung von Simulation keineswegs immer ein entscheidendes Gewicht gelegt werden, da Jemand, der wirklich simulirt und täuschen will, sobald eine Sensibilitätsuntersuchung überhaupt vorgenommen wird, glaubt, ein abnormes Verhalten derselben loco laesionis angeben zu müssen, damit er nicht etwa für gesund gehalten werde. Wenn der Arzt annähme, in Bezug auf die Sensibilität sei Alles normal, so würde er natürlich nach der Auffassung eines solchen Simulanten überhaupt nicht in solcher Weise untersuchen. In der darauffolgenden Discussion wird von den meisten Rednern zur Vorsicht bei Stellung der Diagnose auf traumatische Neurose gemahnt.



Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

779. ***Zur Behandlung des Keuchhustens*** *(Antipyrin, Oxymel scillae). Von Dr.* **Schnirer** *in Wien. (Arch. f. Kinderheilkunde. X. Bd. VI. Heft.)*

Nach einer kritischen Besprechung, insbesonders der *Sonnenberger*'schen Mittheilungen über die Antipyrinbehandlung des Keuchhustens, theilt Verfasser die Resultate mit, die er auf der Prof. *Monti*'schen Abtheilung mit dem Antipyrin erlangt hat. Es wurde in Pulverform gereicht, und zwar anfangs 0·5 Grm. pro die und allmälig bis auf 2·0 Grm. täglich gestiegen, wenn das Mittel gut vertragen wurde. Obgleich dies nun bei allen behandelten Kindern der Fall war, dauerte die Krankheit fast in allen Fällen mehr als 6 Wochen. Durchschnittlich betrug die Krankheitsdauer 50½ Tage. Verfasser gelangt darnach zu dem Schlusse, dass das Antipyrin nicht im Stande sei, den Verlauf des Keuchhustens zu beeinflussen, am allerwenigsten sei in demselben das verheissende Specificum gegen Keuchhusten zu sehen. In 12 Fällen von Pertussis wurde ferner vom Verfasser nach *Vetter* und *Widowitz* (Med.-chir. Rundschau. 1888. 11) das Oxymel scillae gereicht. Es wurde genau nach *Vetter's* Angabe folgendermassen verabreicht: Zwischen 3—4 Uhr nimmt das Kind etwas zu sich, von 4—5 Uhr bekommt es alle 10 Minuten einen Kaffeelöffel Oxymel scillae, so dass Kinder unter 3 Jahren 4—5, Kinder über 3 Jahren 6—7 und Erwachsene 7—8 Löffel im Laufe der Stunde nehmen. Um 7 Uhr Diner. Die Kinder nahmen es im Allgemeinen gut und traten trotz längeren Gebrauches keine unangenehmen Nebenerscheinungen auf. Im Beginne der Behandlung trat ein rascher Abfall der Zahl und Intensität der Anfälle ein, auf die Dauer der Erkrankung blieb aber das Oxymel scillae ohne Einfluss. Vielleicht, schliesst Verfasser, würde eine Combination von Oxymel scillae mit einer antimycotischen Behandlung bessere Resultate liefern. Dr. *Steigenberger*, Budapest.

780. ***Experimentelle Untersuchungen über Syzygium Jambolanum gegen künstlichen Diabetes.*** *Von Dr.* **C. Graeser** *in Bonn. Aus dem pharmakologischen Institute zu Bonn. (Centralbl. für klin. Med. 1889. 28.)*

Verfasser machte Versuche an durch Phloridzin diabetisch gemachten Hunden mit Extracten aus den Früchten von Syzygium Jambolanum, dem sogenannten Jambul. Um die Wirksamkeit der in Java gegen Diarrhöe und Diabetes gebräuchlichen Droge genauer zu prüfen und zu sehen, ob und in welchem Masse sie eventuell auch künstlichen Diabetes beeinflusse oder in der Anwendung giftige Nebenwirkungen zeige, machte Verfasser Hunde nach den Angaben von *v. Mehring* durch Phloridzin diabetisch. Bei einer Tagesgabe von 2·5—4·8 Grm. Phloridzin (1 Grm. Phloridzin per Kilo Körpergewicht) zeigte sich bei einem jungen Hunde von 2700—4800 Grm. Körpergewicht eine 24—30 Stunden andauernde Zuckerausscheidung im Gesammtgewicht von 5·89—12·45 Grm. Zucker. Sobald nun dem Thiere, je nach den einzelnen Versuchen vor, mit oder nach dem Phloridzin, Extract von Syzygium Jam-



bolanum gegeben wurde, sank die Zuckerausscheidung jedesmal, und zwar in einzelnen Fällen um $^{9}/_{10}$ der unter alleiniger Phoridzinbehandlung ausgeschiedenen Zuckermenge; ausnahmslos jedoch mindestens um die Hälfte. Zugleich wurde auch die Dauer der Ausscheidung verkürzt. Während unter Phloridzin allein 5·89 bis 12·45 Grm. Zucker pro Versuch nachgewiesen werden konnten, ergab die Untersuchung (bei entsprechenden Phloridzindosen) unter Jambulbehandlung pro Versuch eine Höchstausscheidung von 2·906 und eine Mindestausscheidung von 1·5 Grm. Zucker pro Versuch. Da nun bei jedem der angestellten Versuche eine Verminderung der Zuckerausscheidung eintrat, so wird jedenfalls, das ergibt die durch Jambul um $^{9}/_{10}$ verringerte Ausscheidung, diese, bei richtiger Anwendung des richtigen Präparates auch vollständig verhindert werden können. Um dieses zu erhärten, sind die Verhältnisse beim Diabetes mellitus weit günstiger; abgesehen, dass dadurch eventuell auch die Uebereinstimmung des durch Phloridzin erzeugten und des natürlichen Diabetes dargethan werden kann. Verfasser hält es daher des Versuches werth, das Syzygium Jambolanum bei Diabetes mellitus beim Menschen weiter, und zwar in höherer Dosirung als bisher, anzuwenden, zudem von keiner Seite bisher irgend aus dem Mittel selbst sich ergebende Contraindicationen erwähnt werden. Das Versuchsthier zeigte bei Verfassers Experimenten, bei Gaben von 18 Grm. Jambulextract pro die, keinerlei Zeichen irgend einer Nebenwirkung. Das bei den Versuchen verwendete Extract des Syzyg. Jambol. wurde aus vom Verfasser mitgebrachten Früchten der Pflanze von *R. H. Davies*, F. J. C. Chemist to the Society of Apothecaries London, hergestellt. Die Früchte sind sehr stärkehaltig, es wurde also bei der Extraction, aus der Anwendung sich ergebender Gründe halber, darauf gesehen, möglichst wenig dieser Stärke in das Extract zu bekommen. Verfasser setzt die Versuche (s. im Original) fort und dehnt dieselben auf das chemische Suchen des im Jambul wirksamen Körpers aus. *—sch.*

781. ***Unangenehme Zufälle bei parenchymatösen Injectionen und Probepunctionen.*** *Von Dr.* **Decker.** *Aus der medicinischen Klinik in Würzburg. (Münchener med. Wochenschr. 1888. 50. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 28.)*

Bei einem 20jährigen kräftigen Mädchen, das vorher sechs parenchymatöse Injectionen von Quecksilber sehr gut vertragen hatte, trat nach einer erneuten Injection von 0·02 Hydrarg. carbol. oxydat. in die Nates Dyspnoe, starke Cyanose, ödematöse Anschwellung der Augenlider, Kleinheit des Pulses und Erbrechen ein. Dieselben Shockerscheinungen beobachtete *Decker* dann bei einer anderen Patientin nach einer Probepunction in der Lebergegend und ist der Ansicht, dass in beiden Fällen eine gemeinsame Ursache auf das Zutagetreten der Erscheinungen eingewirkt hat, und nicht etwa im ersten Falle das directe Eindringen von Flüssigkeit in die Vene die Veranlassung gewesen ist. Die Erscheinungen führt Verfasser in beiden Fällen auf den Einfluss des Nervensystems zurück, auf eine durch traumatische Erschütterung bewirkte Reflexlähmung der Gefässnerven, die zu bedeutender Plethora des Unterleibes, Anämie des Hirns, Unregelmässigkeit des Herzens und Stauung in den Venen führt.

782. ***Auftreten von Chorea als Theilerscheinung einer Jodoformintoxication.*** *Von Prof. R. Demme. (25. Jahresbericht des Jenner'schen Kinderspitales in Bern. 1889. — Centralbl. für die gesammte Therapie. 1889. 7.)*

Bei einem 6 Jahre alten Knaben hatte sich secundär in Folge Erkrankung der Halswirbel ein Retropharyngealabscess entwickelt; der Abscess wurde eröffnet und ebenso ein zweiter, der durch Senkung bis über die Mitte der rechten Clavicula reichte. Nach Auskratzung eines cariösen Theiles wurde ein Jodoformstäbchen in den Fistelcanal eingeführt und die äussere Abscesswunde mit Jodoformpulver und Jodoformgaze verbunden. Schon 3 Tage später bekam der Knabe Uebelkeiten und Kopfschmerzen, die Art des Verbandes wurde aber nicht geändert, es wurde sogar 4 Tage später ein zweites Jodoformstäbchen eingeführt. Nun stellten sich neben den Uebelkeiten und Kopfschmerzen auch zuckende Bewegungen ein, die sich in den nächsten Tagen zu dem unverkennbaren Bilde einer Chorea minor steigerten. Es wurden die Wunden möglichst vom Jodoform gereinigt, das Jodoform weggelassen, die Chorea dauerte aber ziemlich heftig noch circa 14 Tage. Einige Wochen später verwendete ein anderer Arzt bei demselben Kranken Jodol und Jodolgaze als Verbandmittel, und nun stellte sich neuerdings Chorea minor ein, die wieder 3 Wochen lang dauerte.

783. ***Ueber die therapeutische Wirkung des Phenacetin und Thallin.*** *Von Dr. Tripold. (Wien. klin. Wochenschr. 1889. 8 u. 9. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 26.)*

Tripold hat auf der pädiatrischen Klinik von *Jaksch* die Wirkungen des Phenacetin und Thallin auf den kindlichen Organismus geprüft und kommt zu folgenden Resultaten: Phenacetin entfaltet in Dosen von 0·1—0·4 Grm. bei Kindern eine kräftige antipyretische Wirkung, die in einer durchschnittlichen Temperaturherabsetzung von 1·2—3° C. ihren Ausdruck findet. Derartige Temperaturabfälle wurden 2 Stunden nach Verabfolgung des Mittels beobachtet; dann steigert sich die Antipyrese noch, hält an und ergibt einen Durchschnittswerth von 1·4—3·4° C. Als Antineuralgicum bewährte sich das Phenacetin bei hartnäckigem Husten, bei Kopfdruck und pleuritischen Schmerzen. Als unangenehme Nebenwirkungen kommen Cyanose und hochgradige Schweisssecretion, bisweilen leichte Collapserscheinungen in Betracht. Die verabfolgte Dosis des Thallins schwankte von 0·035—0·3 Grm., da Verf. erst vorsichtig die Reaction des kindlichen Organismus kennen zu lernen bestrebt war. Die Durchschnittswerthe für die Temperaturherabsetzung nach 2 Stunden variirten zwischen 1·1 und 3·5 C. Die Dauer der Wirkung der Thallinmedication steht hinter der bei Phenacetin beobachteten zurück. Die bei der Phenacetinbehandlung aufgeführten unangenehmen Nebenerscheinungen kommen auch beim Thallin öfters zur Beobachtung.

784. ***Ileus geheilt durch ein Gaslavement.*** *Von Dr. S. V. Rietz. (Eira. 1889. 3. — Centralbl. f. Chir. 1889. 29.)*

Ein Arbeiter war am 17. Juni an innerem Darmverschluss erkrankt und nach vergeblicher Behandlung mit Abführmitteln am 20. Juni in's Hospital aufgenommen worden. Deutliches Koth-



erbrechen. Nach links vom Nabel konnte eine Geschwulst, allerdings wegen der Spannung der Bauchdecken nicht deutlich, gefühlt werden. Hohe Eingiessungen von Wasser, bis zu 3 Litern, waren erfolglos, dagegen wurden Erbrechen und Uebelkeit durch wiederholte Magenausspülungen sehr gebessert. Am 21. Juni wesentliche Verschlimmerung, erneutes Kotherbrechen, kalter Schweiss, Unruhe, Meteorismus. Puls 120, Temp. 38·2°. Nachdem von Neuem hohe Eingiessungen und Magenausspülungen ohne Erfolg gemacht waren, wurde erst 25·0 Natr. bicarb. und dann 12·0 Acid. tartar., jedes in 150·0 Wasser gelöst, in den Mastdarm eingeführt und der Anus durch den Daumen verschlossen. Der Kranke, welcher sich in Knieellbogenlage befand, klagte sofort hinterher über heftige Schmerzen im Leibe. Nach 5 Minuten ging die Flüssigkeit mit entsetzlich riechenden Blähungen wieder ab. Binnen Kurzem erholte sich Pat. und fühlte sich erheblich besser. Nach 3 Stunden wurde ein „Gaslavement" von halber Dosis wiederholt und bewirkte einige Zeit nachher einen recht tüchtigen losen Stuhlgang, dem am Abend ein zweiter folgte. Pat. war nun frei von allen Beschwerden und wurde am 26. Juni geheilt entlassen.

785. ***Ueber Amylenhydrat-Verordnung.*** *Von Professor* ***J. v. Mering,*** *Strassburg i. E. (Therapeut. Monatsh. 1889. Juli.)*

Vor 2 Jahren empfahl Verf. das Amylenhydrat „als zuverlässiges Schlafmittel", welches ohne unangenehme Nebenerscheinungen die Herzthätigkeit nicht afficirt, in folgender Formel:

Rp. *Amylenhydrat. 7·0,*
Aqu. destill. 60·0,
Extr. liqu. 10·0.

MDS. Abends vor dem Schlafengehen die Hälfte zu nehmen.

Da aber manche Personen einen Zusatz von Lakritz nicht lieben, hat er andere Geschmackscorrigentien erprobt und empfiehlt jetzt folgende Verordnungsweisen:

Rp. *Amylenhydrat. 7·0,*
Aqu. destill. flor. aurant. 50·0,
Syrup. cort. aurant. 30·0.

MDS. Abends die Hälfte zu nehmen.

Am besten aber nimmt sich nach Verf. das Mittel in Bier:

Rp. *Amylenhydrat. 20·0.*

DS. Abends 1 Theelöffel (4—5 Ccm.) in einem kleinen Glase Bier.

Da das Mittel sich aber in Wasser, sowie Bier ziemlich langsam löst (1 Theil in 8 Theilen), so hält Verf. es für rathsam, vor dem Genusse das Amylenhydrat in dem Bier (1 Weinglas voll Bier) 2—3 Minuten vermittelst eines Theelöffels umzurühren und dann einen Schluck Bier nachzutrinken, welche Verordnungsweise auch die billigste ist. — Amylenhydrat lässt sich nach Verf. auch zweckmässig in Kapseln, welche je 1 Grm. enthalten und im Handel sind, verabreichen. Die schlafmachende Dosis beträgt 3—4 Grm., doch hat Verf. wiederholt bei schweren Aufregungszuständen als Einzeldosis 6—7 Grm. ohne jeden Nachtheil und mit gutem Erfolge gegeben. Auch Untersuchungen anderer Autoren haben übereinstimmend ergeben, dass das Amylenhydrat ein recht brauchbares, von schädlichen Nebenwirkungen freies Hypnoticum ist.

786. ***Ein Handgriff zur Unterdrückung des Stickkrampfes beim Keuchhusten.*** *Von Dr.* ***O. Naegeli.*** *(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1889. 14.)*

Von der richtigen Ansicht ausgehend, dass der Stickkrampf das peinlichste und in seinen Folgen das gefährlichste Symptom des Keuchhustens bildet und angesichts der geringen Erfolge von Arzneimitteln gegen denselben, ersann Verfasser ein Verfahren, welches durch die Annahme begründet wurde, dass der Keuchhustenkrampf die grösste Aehnlichkeit mit dem Respirationsstillstand im Excitationsstadium der Chloroformnarcose darbietet. *Kappeler* zeigte nun, dass die wirksamste Methode zum Wegsammachen des Kehlkopfes das Lüften des Unterkiefers bildet. Allein diese Methode ist nur bei schlaffer Kiefermusculatur ausführbar. Verfasser modificirte nun den *Heiberg*'schen Handgriff zur Rettung Asphyctischer für die Coupirung des Keuchhustenstickanfalles auf Grund seiner Erfahrungen in der Praxis in folgender Weise:

„1. Handgriff von vorn. Trete ich von vorn an das Kind heran, so fasse ich mit den Zeige- und Mittelfingern den aufsteigenden Ast des Unterkiefers vor dem Ohr fest an, setze die Daumen auf's Kinn und mit kräftigem, aber doch sanftem Zug und Druck wird der Unterkiefer nach vorn und unten geschoben. Ist der Mund etwas geöffnet, greife ich in der Gegend der Eckzähne unter der Zunge ein und fixire so den Kiefer. Doch ist letzteres nicht absolut und nicht immer nöthig. Wird die Zunge vorgestreckt, ist der Mund also schon etwas geöffnet, so fasse ich gleich von Anfang an mit den beiden Daumen oder den Zeigefingern den Kiefer an besagter Stelle inwendig, lege die übrigen Finger am Unterkieferkörper auf und vollführe derart den Zug nach vorne und unten. Sehr häufig setze ich nur den Daumen oder Zeigefinger hinter den vorderen unteren Schneidezähnen ein, greife mit der übrigen Hand unter's Kinn und bewerkstellige so den Zug in der oben angegebenen Weise. Es versteht sich von selbst, dass kein Druck auf die Zähne ausgeübt wird, sondern die Gewalteinwirkung gegen den Knochen gerichtet ist. Diese zweite Hand liegt auf der Stirn des Patienten und vollzieht den Gegendruck. Diese letzte, einfachste Methode habe ich im späteren Stadium der Krankheit fast einzig noch angewendet."

„2. Handgriff von hinten. Kehrt mir Patient gerade den Rücken zu, so setze ich beide Daumen dicht oberhalb des Kieferwinkels vor dem Ohre an, lege die Zeigefinger auf den Jochbogen und die übrigen Finger an's Kinn und stosse nach vorn und abwärts. Oder die Zeigefinger greifen unter den Eckzähnen in den Mund und helfen den Zug in besagter Weise auf's Schnellste in's Werk setzen. Sobald der Kiefer gelüftet ist, fordere ich das Kind auf, tief einzuathmen." Der Handgriff ist so einfach und leicht, dass ihn jede verständige Mutter oder Wärterin, ja ältere Geschwister an kleineren Kindern ausüben können; zudem ist er so absolut schmerzlos, dass die Patienten sich nicht nur nicht dagegen sträuben, sondern wenn sie den herrlichen Erfolg einmal an sich verspürt haben, herbeispringen, sobald sie den Husten kommen fühlen, damit man sie behandle. Oft versuchen die Kleinen sogar die Manipulation an sich selber zu machen. Nach Verf. wird durch den geschilderten Handgriff



der Keuchhustenstickanfall in weitaus den meisten Fällen sofort oder in wenigen Secunden coupirt, zugleich wird die ganze Krankheitsdauer durch *Naegeli's* Procedur abgekürzt. *— sch.*

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

787. ***Trepanation wegen Gehirntumor.*** *Von Fischer, Breslau und Höftemann Königsberg. XVIII. Congr. d. deutschen Ges. für Chirurgie.*

Bei einem 37jährigen Patienten wurde wegen Erscheinungen, welche auf einen Tumor im Gehirn schliessen liessen, trepanirt. Trotzdem sich bei der Operation kein Tumor vorfand, besserte sich der Zustand. Als nach 5 Monaten wegen Wiederkehr der Beschwerden eine erneute Trepanation vorgenommen wurde, stiess man auf ein der vorderen Centralwindung anliegendes Rundzellensarcom. Ausspülung, Jodoformtamponade, Heilung. Nach 2 Monaten Recidive, Tod unter Collapserscheinungen. In der Discussion erklärt *Horsley* die Ablösung der Dura mater bei der Trepanation und Unterbindung sämmtlicher Gefässe für empfehlenswerth. Er hält die probatorische Trepanation für indicirt, wenn bei Verdacht auf Syphilis eine vierwöchentliche antisyphilitische Behandlung keine wesentliche Besserung herbeiführt, wie bei der *Jackson*schen Epilepsie. Bei der idiopathischen Epilepsie hat er wiederholt das betreffende Hirnsegment, welches als Ursache des Krampfes angesehen werden musste, mit Erfolg excidirt. Der englische Chirurg nimmt somit einen noch bei weitem vorgeschritteneren Standpunkt in dieser Frage ein, als die Mehrzahl der deutschen Chirurgen. *Höftemann* berichtet über 3 Fälle von Trepanation nach Erscheinungen von Schwindel, Lähmungen, epileptiformen Anfällen. Man fand bei der stets links ausgeführten Operation in keinem Falle einen Tumor, erzielt jedoch trotzdem stets dauernde Heilung, was *Höftemann* auf die durch den operativen Eingriff erzielte Druckverminderung zurückführt. *Rochelt.*

788. ***Erfahrungen über operative Behandlung der Perforationsperitonitis.*** *Von Mikulicz. XVIII. Congr. d. deutschen Ges. f. Chirurgie.*

Bei der acut verlaufenden diffusen septischen Peritonitis hält *Mikulicz* eine Operation nur im sehr frühen Stadium, sofort nach erfolgter Perforation, angezeigt. Die progrediente eitrig-fibrinöse Perforationsperitonitis erfordert stets eine chirurgische Behandlung. Man solle sich hüten, nach der Laparotomie den natürlichen durch Verlöthung der Darmschlingen entstandenen Wall des Entzündungsherdes zu zerstören, beschränke sich auf Ermöglichung der Fortschaffung des Eiters, lose Naht, Jodoformbehandlung, Opium. Auch braucht man nicht ängstlich nach der Perforation zu suchen; diese heilt von selbst. *König* bespricht in der Discussion einen Fall, in welchem Heilung eintrat trotzdem der Darm durch 5 Stichwunden perforirt war und weist darauf hin, dass bei den in solchen Dingen erfahrenen Amerikanern bei Schussverletzungen des Unterleibes der Erfolg nur bei sehr schwachen operativen Eingriffen zu erwarten ist



und dass nach der achtzehnten Stunde die Operation überhaupt für aussichtslos gelte. *Rochelt.*

789. ***Ueber die Gefahren und die Leistungsfähigkeit der modernen Wundbehandlung.*** *Von Dr.* ***E. Senger.*** *(Berl. Klinik. Heft 6.)*

Die ganz interessanten Betrachtungen und Ausführungen des Verf.'s lassen sich kurz folgendermassen zusammenfassen: So lange wir die hohe Bedeutung der vitalen Zellenenergie, oder wie *Virchow* sagt, den Kampf der Zellen mit den Bacterien nicht genauer als jetzt kennen, so lange wir nicht wissen, wie viel einem jeden der drei Factoren — Zellenenergie, Pilze, Wundmittel — bei der Heilung zukömmt, so lange werden wir auch keine allgemein giltige und unanfechtbare Wundbehandlung haben. Wir müssen uns aber wohl vor dem einseitigen Studium eines Factors hüten und daraufhin für die Wundbehandlung Schlüsse ziehen. Was wir aber heute schon glauben sagen zu können, ist: Die Desinfection eines lebenden Gewebes ist ganz problematisch; eine Desinfection hat nur Sinn und wird nur erreicht bei todten Gegenständen. Darum stellt uns die Wissenschaft die unabweisliche Forderung: Der Operationssaal, die Instrumente, die Haut des Patienten, welche nachweislich im gesunden Zustande nicht resorbirt, kurz Alles, was mit dem Patienten in Berührung kömmt, ist strengstens zu desinficiren, mag die Wunde rein oder eitrig oder jauchig sein. Haben wir es mit frischen und reinen Wunden zu thun, so können die Wundmittel im Princip vermieden werden, und sind durch sterilisirtes Wasser oder eine solche Kochsalzlösung zu ersetzen. Bei unreinen, jauchigen Wunden und bei solchen reinen, bei denen die Fernhaltung einer Infection schwierig ist, wie bei den Operationen im Munde, Verdauungscanal u. s. f., können wir heute die Antimycotica noch nicht entbehren. Bei rein eitrigen Wunden ist im Allgemeinen eine Beschränkung der Wundmittel angezeigt, resp. eine Vermeidung derselben nach Massgabe der Wunde, Organerkrankung, der etwaigen durch Praxis und Experimente gelehrten Gefahren und des überhaupt zu erreichenden eiterungshemmenden Nutzens des Wundmittels. *v. Buschman.*

790. ***Zur Indication der Ovariotomie und der Myomotomie.*** *Von Dr.* ***H. Löhlein.*** *(Berl. Klinik. Heft 2.)*

Während die Technik der Ovariotomie bis zu einem gewissen Grade abgeschlossen erscheint, und die Frage der vollkommensten Technik bei der Myomotomie meist im Kreise der Specialisten ausgefochten wird, nimmt die Frage von der Indication der beiden Operationen das Interesse der weitesten ärztlichen Kreise in Anspruch. Was die Ovariotomie betrifft, so schliesst sich der Verf. dem Ausspruche *Schröder's* an, dass sie überall indicirt ist, wo ein Tumor ovarii nachgewiesen ist, es sei denn, dass die maligne Geschwulst nicht mehr auf das Ovarium beschränkt ist und eine radicale Entfernung nicht zulässt. Die ehemals geltenden Contraindicationen: gleichzeitige Gravidität, Eiterung in der Cyste, Peritonitis, sind als solche nicht mehr zu halten. Verf. gibt zu bedenken, dass den statistischen Daten zu Folge die Diagnose Tumor ovarii in 6, ja selbst in 5 Fällen

1mal für gleichwerthig mit der Diagnose Tumor malignus zu erachten sei. — Erwägt man dem gegenüber, dass ohne Operation das Leiden mit wenig Ausnahmen zum Tode führt, dass hingegen von 100 Operirten jetzt 95 und noch mehr gerettet werden, so erscheint die Indication der Ovariotomie durch den einfachen Nachweis von Ovarialtumoren, auch kleinen, jedem Zweifel entrückt. Die Indication der Myomotomie gilt dem Verf. als unanfechtbar bei: 1. Mächtiger Entwicklung der Myome, namentlich auch cystischer, die durch ihre Grösse Störungen der Respiration und Circulation bedingen. 2. Bei auffallend schnell wachsenden Myomen, mag die gesteigerte Zunahme durch Complication mit Schwangerschaft oder durch sarcomatöse Entartung bedingt sein, oder auch aus sonstigen unbekannten Einflüssen sich entwickeln. 3. Bei bedenklichen Druckerscheinungen seitens der Geschwulst. 4. Bei fieberhaften Erscheinungen, die auf Vereiterung oder Verjauchung des Tumors oder doch einzelner Quellen zurückzuführen sind. 5. Bei Hydrops ascites. Bei Blutungen müssen vorher alle anderen Mittel — Ergotin, Hydrastis — im Stiche gelassen haben, ehe die ersteren allein an und für sich eine Indication zur Operation abgeben. *v. Buschman.*

791. ***Zur Prognose der Myomoperationen.*** *Von* ***Dr. Theodor Landau.*** *(Centralbl. f. Gyn. 1889. 11.)*

Dass jede Myomotomia supravaginalis von vorneherein eine zweifelhafte Prognose abgibt, ist eine bekannte Thatsache. Die Todesursache nach Myomotomien pflegt für gewöhnlich Sepsis, Verblutung, Embolie der Pulmonalis und den Shock zu umfassen. Der Leichenbefund gibt uns über das Wesen des sogenannten Shock nur wenig Aufklärung. Oft findet man in solchen Fällen lediglich gelbe Herzatrophie. Für das Zustandekommen der Herzmuskeldegeneration ist vor Allem der durch das Myom veranlasste Blutverlust zu nennen. Auch wird von mancher Seite auf die verderbliche Einwirkung des Chloroforms auf das Herz hingewiesen. Application unserer sämmtlichen Antiseptica beeinflusst ebenfalls ungünstig das Myocard. Auf einen Factor habe man keine Rücksicht bei der Beurtheilung des Erfolges von Myomotomien genommen, nämlich auf die lange vorhergegangene Anwendung des Ergotins. Die permanente Einwirkung des Ergotins auf die Musculatur der Gefässe führe zu Veränderungen innerhalb derselben (hyaline Thrombose) und es ist bekanntlich eines der markantesten Symptome des Ergotismus gerade die Herzschwäche. Ob neben den grösseren Veränderungen des Myocard für die Erklärung der Herzschwäche nicht auch die Einwirkung des Ergotin auf die nervösen Apparate eine Rolle spielt, lässt Verf. dahingestellt sein. Eine Myomotomie gebe nach Verf. bei einer Frau, welche vordem methodisch mit Secale behandelt worden, eine schlechtere Prognose ab. Der Operation sollte man auch nicht erst eine Untersuchung in der Narcose voranschicken. Ein Einfluss der Narcose auf das Herz lässt sich nach *Ungar's* Untersuchungen nicht abweisen. Auch Jod ist für das Herz höchst different, ebenso die sonst mit Recht von *Litzmann* empfohlenen Summitates Sabinae. Die fleissige Arbeit *Krysinski's* über die Mutterkornfrage ist dem Verf. gänzlich unbekannt. Nach *Krysinski* setzt das Secale stets die Resistenz-



fähigkeit des ganzen Organismus bedeutend herab. Ist nicht etwa darin die Ursache der von vorneherein zweifelhaften Prognose bei der Myomotomie zu suchen? *v. Swiecicki.*

792. ***Die Behandlung der Retroversio uteri mittelst Verkürzung der Ligamenta rotunda nach neuer Methode.*** *Von **W. Gill Wylie.** (Am. Journ. of Obstetr. 1889, Mai-Heft, pag. 478.)*

Die Retroversio uteri mit Adhäsionen ist beinahe stets durch Salpingitis bedingt. Da ist ein Pessarium contraindicirt, denn es kann die Adhäsionen anreissen oder die dilatirte Tuba oder das cystös-degenerirte Ovarium zum Bersten bringen. *W. G. Wylie* behandelt die Kranken mit einem solchen Leiden derart, dass er nach Ablauf des entzündlichen Stadiums den Borglycerintampon einlegt und 2—3mal 24 Stunden liegen lässt. Erzielt er mit dieser Behandlung keinen Effect, so macht er die Laparotomie, entfernt, wenn nöthig, Tuben und Ovarien, doch ist dies nicht immer nöthig, löst die Adhäsionen, die den retrovertirten Uterus fixiren und verkürzt hierauf die Ligamenta rotunda. Letzteres thut er in der Weise, dass er jederseits nicht weit von der Ursprungsstelle desselben das Ligament U-förmig faltet. An der Innenseite der beiden Schenkel des gefalteten Ligamentum schabt er die Oberfläche etwas ab, um eine innigere Verklebung zu erzeugen und vereinigt hierauf die beiden Schenkel mit einander mittelst drei Seidenligaturen, die um die durch die beiden Schenkel des gefalteten Ligamentum gebildete Schlinge zu liegen kommen. Er operirte in dieser Weise mehrere Male und war der Erfolg stets ein andauernder. Der Uterus behielt seine normale Stellung und sank nicht mehr nach hinten um. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

793. ***Wasserstoffsuperoxyd als Mittel gegen Kiefernecrosis.*** *Von Dr. **A. Lohmann** in Cassel. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 27.)*

Verf. theilt einige Fälle aus seiner zahnärztlichen Praxis mit. Der erste Fall betrifft die M. V., 32 J. alt. Dieselbe hatte Necrosis am linksseitigen Unterkiefer. Ein Sequester, die beiden Bicuspidaten enthaltend, war vollständig losgestossen und wurde ohne irgend welche Anstrengung und Schmerz entfernt. Die noch einen Mahlzahn enthaltende hintere Partie war völlig beweglich und reichliches Eiterexsudat vorhanden. — Nach täglich mehrmals vorgenommener Einspritzung mit Hydrogenium superoxydatum hörte der Eiterabfluss völlig auf, das Zahnfleisch erhielt wieder seine gesunde Farbe und nach circa 14 Tagen war eine vollständige Heilung erzielt. Der zweite Fall betraf einen 26 Jahre alten Maschinentechniker, es handelte sich hier um die linksseitige Maxilla superior. Nach Abstossung des Sequesters, welcher den Eckzahn und I. Bicuspidaten enthielt, wurden die krankhaft inficirten Alveolarfortsätze mit Wasserstoffsuperoxyd ausgespritzt, das Verfahren an den darauffolgenden Tagen mehrfach wiederholt, und schon nach 8 Tagen war vollständiger Heilprocess zu constatiren. — Verf. hat $H_2 O_2$ schon seit mehreren Monaten mit

vorzüglichem Erfolg bei Alveolarabscessen, verjauchten Pulpen etc. angewandt. Selbst einen Fall von Pyorrhoea alveolaris bei einer 38 Jahre alten Person hat er mit Wasserstoffsuperoxyd völlig geheilt.

794. ***Ein Beitrag zur Lehre des Accommodationskrampfes.*** *Von Dr. med.* ***Robert Müllerheim.*** *(Inaug.-Diss. Aus der Augenklinik von Dr. G. Guttmann in Berlin. — Deutsch. Med.-Zeitg. 1889. 54.)*

Aus einer Beobachtungsreihe von neun Beispielen und einer grossen Zahl von Mittheilungen aus der Literatur kommt Verf. zu dem Schlusse, dass es zwei Arten von Accommodationskrampf gibt: 1. einen tetanischen, 2. einen nur auf Intention hervortretenden; ferner dass eine Beziehung des Accommodationskrampfes zur progressiven Myopie besteht, die in einigen Fällen durch die Lösung des Krampfes verhindert worden ist; endlich dass mit der Hebung des Krampfes auch die Sehschärfe gebessert wird. Als ätiologische Momente sind genannt: Anhaltende Anstrengung der Augen, Krampf in anderen Muskelgebieten, Trigeminusneuralgien, Conjunctivalerkrankungen, Traumen, Einwirkung von elektrischem Licht, Anomalien des Uterinlebens, Hysterie, Hypnotismus, endlich einige Medicamente, wie Physostigmin, Strychnin, Opium, Morphium etc. Für die Diagnose sind verwerthbar die asthenopischen Beschwerden und Klagen über schnell fortschreitende Myopie. Objectiv ist der Unterschied im Befunde bei Gläser- und Spiegeluntersuchung wichtig. Vor Allem aber ist die paralysirende Wirkung des Atropins und die Einschränkung der Accommodationsbreite das beste Reagens auf den Spasmus des Ciliarmuskels. Die Behandlung besteht bekanntlich in $1/2$—1% Atropineinträufelung, die je nach Bedürfniss ein oder mehrere Male täglich gemacht wird. Es wird betont, dass das Mittel zuweilen äusserst langsam wirkt, dass oft wochenbis monatelanger Gebrauch erforderlich, um einen Erfolg zu erzielen. Gleichzeitig ist Enthaltung jeglicher Arbeit, Vermeidung von Convergenz, fehlerhafter Kopfhaltung und grellen Lichtes geboten. Bei Hypermetropen sind Convexbrillen angerathen. Es empfiehlt sich, die Cur mehrere Male durchzumachen, wozu bei der Schuljugend die Ferien sich am meisten eignen.

795. ***Die Anwendung von Causticis in der Nasenhöhle.*** *Von* ***Frank H. Bosworth.*** *(New-York Med. Journ. — Intern. Centralbl. f. Laryngologie, Rhinologie etc. 1889.)*

Die Anwendung eines Aetzmittels zur Hemmung eines entzündlichen Processes scheint etwas paradox zu sein; wir besitzen jedoch bei dem gegenwärtigen Stand unserer therapeutischen Hilfsquellen kein wirksameres Mittel. Das Verfahren besteht in Cauterisirung der Nasenschleimhaut. Nachdem man zuvor Cocain aufgepinselt hat, bis die Stelle blutleer und völlig contrahirt ist, zerstört man behutsam mit einem Causticum die Elasticität eines kleinen Herdes an seiner hervorragendsten Stelle und nagelt die Schleimhaut gleichsam auf solche Weise fest, dass sie nicht wieder anschwellen kann. Wir treiben das Blut aus den Theilen aus und dämmen es gleichsam ab. So hemmen wir die Hyperämie und gestatten den ausgedehnten Blutgefässen ihren Tonus wieder



zu gewinnen, indem wir den erschlafften Wänden genügend lange Ruhe verschaffen, um ihre contractile Kraft wiederzuerhalten. Das Hauptelement bei den acut entzündlichen Veränderungen bildet die vasomotorische Parese. Es ist eine vernünftige Ansicht, dass bei der chronischen Entzündung die Muskeln, welche das Kaliber der Gefässe reguliren, durch ihre Schwächung und Erschlaffung einen hervorragenden Antheil haben. Indem wir die Blutzufuhr zu den entzündeten Theilen beschränken, erreichen wir noch ein anderes und wichtiges Ziel: Wir modificiren in gewisser Ausdehnung die Ernährung der Schleimhaut und bewirken so durch einen retrograden Process eine Abnahme der ohne Frage durch vermehrten Blutzufluss entstandenen Hypertrophie. Einige kleine Krystalle von Chromsäure haben dieselbe zerstörende Kraft, wie der Galvanocauter; sie sind ausserdem leichter zu handhaben und können mit grösserer Genauigkeit applicirt werden. Gerade von letzterer aber hängt oft der Erfolg der Behandlung ab. *Rosworth* zieht die Chromsäure jedem anderen Mittel vor. Auch ihre locale Wirkung gibt ihr den Vorzug vor allen anderen Mitteln.

796. ***Ein Beitrag zur Lehre über Ohrreflexe, bedingt durch Ansammlung von Cerumen im äusseren Gehörgange.*** *Von Dr.* **Josef Herzog** *in Graz. (Monatsschr. f. Ohrenheilk., sowie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachenkrankheiten. 1889. 5.)*

Während es sich in der Regel in Fällen von Ansammlungen von Cerumen im Ohre nur um locale Symptome handelt, hatte Verf. Gelegenheit, ein Symptomenbild, hervorgerufen durch Ohrenschmalzanhäufungen bei einer Dame, zu beobachten, welches ob seiner differential-diagnostischen Wichtigkeit Interesse verdient. Eine 32 Jahre alte, gracil gebaute Frau A. H, Mutter zweier gesunder kräftiger Knaben, mit Biscupidalinsufficienz behaftet. Das Befinden ist im Ganzen recht gut, keine nervösen Erscheinungen. Dieses Jahr vom Landaufenthalte in die Stadt zurückgekehrt, etablirte sich bei ihr ein eigenthümlicher Zustand. Sie hat ein ganz eigenthümliches Ziehen im Kopfe und Nacken, der Kopf erscheint ihr wie durch eine Klemme festgehalten. Ab und zu Schwindelgefühle, rasche Bewegungen mit dem Kopfe getraue Pat. sich gar nicht zu machen, da sonst gleich Schwindel kommt. Es ist ihr oft, als ob sie auf Sammt, Polster u. dergl. gehe. Angstgefühl, Herzpalpitationen, dann scheint es ihr wieder, als ob das Herz stille steht, als ob es sich rasch im Körper umdrehe, als ob es hüpft etc. Keine Dyspnoe, Appetit gut, Schlaf ganz ausgezeichnet. Oefter sei die Nase verstopft, sie habe ein drückendes volles Gefühl in der Nasenwurzel, doch sei dasselbe nicht permanent. Viel häufiger als sonst tritt Kopfschmerz auf, das Gehör sei ganz gut. Kein Ohrensausen. Angeregt durch die Arbeit von *Walker Downie*, „Remarks on some Aural Reflexes“, Lancet 1888, nahm Verf. eine Untersuchung der Ohren vor, obgleich die Dame erklärte, hier fehle nichts, und fand den linken äusseren Gehörgang mit einem Cerumenpfropf vollkommen ausgefüllt, während im rechten nur geringe Mengen von Cerumen vorhanden war. Bei der Entfernung des ersteren durch vorsichtige Anwendung der Douche bekam die Dame so heftige Schwindelanfälle, dass sich die Pat. nach glücklicher Entfernung des Pfropfes auf das

Sopha legen und einige Zeit die Augen schliessen musste, weil sich ihr sonst Alles im Kreise drehte. Als sie sich erholt hatte, erklärte sie freudestrahlend, „nun habe ich meinen früheren Kopf wieder, das Ziehen im Nacken, die Klemme am Kopf sind weg“. Die Untersuchung ergab ausser starker Röthe in der Auskleidung des äusseren Gehörganges normalen Befund. Bei Hörprüfung gab die Dame an, sie höre jetzt wohl heller und die Stimme thue ihr fast weh. Von nun an vollkommenes Wohlbefinden.

Auch *v. Tröltsch* (Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Leipzig 1877, pag. 83) erwähnt, dass in den in Rede stehenden Fällen — Ohrenschmalzpfröpfe — der wahre Ausgang des Schwindels vom Ohre dann besonders leicht übersehen werden kann, wenn die Schwerhörigkeit nur einseitig ist und sie somit dem Arzte und vielleicht auch dem Kranken selbst vollständig entgeht. Verf. möchte sich den Fall in folgender Weise zurechtlegen. Die Dame acquirirte einen Ohrenschmalzpfropf, welcher nach und nach jenes Mass erreichte, dass er das Gehörgangslumen fast vollkommen ausfüllte. Während dieser Zeit hörte die Pat. jedenfalls auch ganz gut, weil der Abschluss des Gehörganges kein vollständiger gewesen sein dürfte. Durch irgend eine, möglicherweise mechanische Ursache wurde der Pfropf tiefer nach innen gedrückt und in eine Lage gebracht, dass auf das Trommelfell ein Druck ausgeübt wurde, wodurch die Gehörknöchelchenkette stärker nach innen gepresst und somit die Flüssigkeit im Labyrinthe in gesteigerter Weise belastet wurde. Die Folge davon waren die scheinbar so bedenklichen Schwindelanfälle. Ausserdem wissen wir, dass in dem äusseren Gehörgange der Vagusast, Ramus auricularis nervi vagi, verläuft und sind uns die Symptome, u. A. auch Herzstillstand, nicht unbekannt, welche auf Vagusreizungen auftreten können; dass aber durch derartige Cerumenpfröpfe der Ramus auricularis n. vagi gereizt werden kann, wird wohl kaum zweifelhaft sein. *—r.*

797. ***Ueber Diagnose der Simulation von Amaurose und Amblyopie.*** *Von Dr. L. Kugel, Vorstand der Abth. f. Augenkranke im Alexanderspital in Sofia. (Wien. med. Wochenschr. 1889. 6—9. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. Juni.)*

Verfasser schildert: 1. Methoden, wobei das angeblich gute Auge vom Sehacte excludirt wird, so dass der zu Prüfende verleitet wird, mit dem angeblich amaurotischen oder amblyopischen Auge allein zu sehen. Von diesen Methoden hebt er als die brauchbarsten hervor: die von ihm angegebene Methode mittelst verschieden nuancirter blauer Gläser, *Gräfe's* Methode mittelst Anwendung von Convexgläsern, *Snellen's* Methode und die von ihm angegebene Methode mittelst Astigmatismus, und zwar durch Herabsetzung der Sehschärfe des sehkräftigen Auges in horizontaler oder verticaler Richtung. 2. Methoden, bei denen beim binoculären Sehen ein Object doppelt erscheint. Von diesen Methoden empfiehlt er die Prismenversuche von *Albert v. Gräfe* und *Alfred Gräfe*. 3. Methoden, bei denen die Bilder zweier Objecte (Halbbilder) beim binoculären Sehacte zu einem gemeinschaftlichen Bilde (Gesammtbilde) vereinigt werden. Von diesen bezeichnet er als die brauchbarsten die Methode von *Rabel-Rückhardt* und in Ermanglung eines Stereoskops seine Methode, mittelst



langer Röhren das Gesammtbild einer verticalen und horizontalen Linie (Kreuz) zur Erscheinung zu bringen. 4. Methoden, bei denen die Bilder zweier Objecte in der Weise erscheinen, dass ein rechtsgelegenes Object links und ein linksgelegenes rechts zu liegen scheint. Aus dieser Gruppe bevorzugt er die Methode von *Vieusse* mit zwei verschiedenfarbigen Oblaten.

798. ***Die Localbehandlung der Larynxtuberculose.*** *Von **Gottstein**. (Breslauer ärztl. Zeitschr. 1888. 13. — Centralbl. f. Chir. 1889. 29.)*

Gottstein hält die Annahme einer primären Kehlkopftuberculose für vollkommen berechtigt und meint, dass gerade in derartigen Fällen durch eine radicale Zerstörung des Herdes im Kehlkopf ein Fortschreiten des Processes auf die Lungen hintangehalten werden könne. Er gibt der Carbolsäure in 1—3%iger Glycerinlösung den Vorzug vor den übrigen Mitteln, weil sie am ehesten das Schluckweh zum Schwinden bringe. Ausserdem empfiehlt er die Carbolinhalationen nach der *Schmidt*'schen Methode (Einathmung der Dämpfe von 1 Esslöffel 2%iger Carbolsäurelösung mit 1/2 Liter Kamillenthee, 3—4mal täglich 5 Minuten lang fortgesetzt). Bei Anwendung der Milchsäure hat *Gottstein* am häufigsten Besserungen und Heilung von Kehlkopfgeschwüren gesehen, doch ist sie gegen die eigentlichen Infiltrationen machtlos. Auch findet man häufig Kranke, die das Mittel absolut nicht vertragen. Vor der Anwendung des *Hering*'schen Curettements hat Verf bis jetzt eine gewisse Scheu empfunden, so dass ihm über dieses sonst „mächtige und zweifellos wirksame Mittel“ die nöthigen Erfahrungen fehlen.

799. ***Corticale Hemianopsie mit secundärer Opticusdegeneration.*** *Von **H. Schmidt-Rimpler**. (Arch. f. Augenheilkunde. XIX. 296. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 30.)*

Ein 33jähriger Mann, der in Folge von Lungenschwindsucht gestorben war, hatte sechs Jahre vorher durch einen Spatenhieb eine complicirte Splitterfractur des rechten Scheitelbeins erhalten, in Folge dessen ein Gehirnabscess entstand, der die Incision nöthig machte. Nach fünf Monaten zeigte sich am rechten Auge eine nasale Hemianopsie (das linke war früher nach einem Trauma erblindet) bei normalem centralem Sehvermögen. Bei der Section fanden sich nach dem der Verletzung folgenden Eiterprocesse nur die äussere Spitze und die temporalen Windungen des rechten Hinterhauptlappens erhalten. Die secundäre Degeneration hatte sich durch den Opticus bis in den Bulbus erstreckt. Dieselbe gibt eine sichere Auskunft über die die temporale Hälfte der Netzhaut versorgenden Nervenfasern: wir finden sie in der Nähe des Foramen opticum, die ganze Peripherie, einen grossen Theil der nasalen und nur den untersten Theil der temporalen Seite des Opticus einnehmend. Nach dem Gefässeintritt liegen sie mehr an der oberen und unteren Peripherie, besonders von oben her mehr auf die temporale Seite übergreifend, zwischen sie hinein schieben sich die für die nasale Hälfte der Netzhaut bestimmten Nervenbündel. In der Nähe des Auges liegen die Fasern, welche die Macula versorgen, als Keil an der temporalen Netzhauthälfte an der oberen und unteren Peripherie sowohl etwas auf die tem-



porale, wie die nasale Seite übergreifend, die Fasern der nasalen Hälfte in einem Theile, welche das Centrum des Opticus und das mittlere Drittel der nasalen Peripheriehälfte umfasst. In der Nähe des Foramen opticum nehmen die Fasern, welche die temporale Netzhauthälfte versorgen, die untere Netzhautperipherie, einen grösseren Theil der nasalen und einen kleinen unteren der temporalen Peripherie ein, diejenigen für die nasale Netzhautpartie vorzugsweise die nach oben gelegene Netzhautperipherie, einen grösseren Theil der temporalen und einen kleinen oberen der nasalen, während die macularen Fasern mehr im Centrum sich befinden.

Dermatologie und Syphilis.

800. ***Ueber einen Fall von primärem Schanker auf der Wange.*** *Von Dr.* ***Anderson.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1889. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 29.)*

Ein 29jähriger Mann, welcher einen Schlag auf das rechte Auge erhalten hatte, liess sich die Wunde von einem Bekannten, in dessen Munde späterhin Schleimhautknötchen nachgewiesen wurden, aussaugen. Nach 3 Wochen entwickelte sich unter dem rechten Auge ein Geschwür, welches bald 2 Zoll im queren und $1^1/_2$ Zoll im verticalen Durchmesser einnahm. Nach weiteren 8 Tagen Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen, namentlich rechts. Roseola auf Rumpf und Gesicht. Innerliche Darreichung von Mercur. Nach 10 Wochen Vernarbung des Geschwüres und Involution der Drüsen.

801. ***Ueber eine wuchernde und atrophisirende Form des Jodpemphigus.*** *Von* ***H. Hallopeau.*** *(Ann. de dermat. et syph. 1888. 5. — Centralbl. f. Chir. 1889. 29.)*

Der interessante Beitrag zur Lehre von den Arzneieruptionen enthält die ausführliche Krankengeschichte eines 48jährigen schwächlichen Mannes, welcher wegen einer vor Jahren erlittenen luetischen Infection gewohnheitsmässig grosse Dosen Jodkalium zu sich zu nehmen pflegte. Zur Zeit kann er jedoch das Medicament nicht mehr gebrauchen, ohne dass meist im Verlaufe von wenigen Tagen bullöse Eruptionen auf der äusseren Decke, auf den Schleimhäuten und der Hornhaut nebst heftigen Allgemeinerscheinungen sich bemerkbar machen. Die letzteren bestehen in heftigem Fieber und Durchfällen. Die Blaseneruptionen vermehren sich beim Fortgebrauch des Medicamentes; an Stelle der zuerst aufgetretenen Blasen macht sich ein chronisch-entzündlicher Vorgang geltend, welcher theils zu narbiger Atrophie der Cutis, theils zur Bildung papillomatöser Wucherungen Veranlassung gibt, welche letztere grosse Aehnlichkeit mit spitzen Condylomen besitzen. Dass die Eruptionen wirklich dem Jodgebrauch und nicht der früher erlittenen luetischen Infection zuzuschreiben waren, wurde durch die siebenmal wiederholte Wiederaufnahme der Jodmedication, welche stets von den gleichen Folgen begleitet war, sichergestellt. Hinsichtlich der Pathogenese spricht sich *Hallopeau* mit *Morrow* für die Wahrscheinlichkeit jener Theorie aus, welche die Er-



scheinungen des Jodismus einer Functionsstörung der vasomotorischen und trophischen Nerven zuschreibt. Er betont die Nothwendigkeit, in allen Fällen, wenn im Verlaufe einer medicamentösen Behandlung irgend einer Krankheit Symptome auftreten, welche der Krankheit selbst fremd sind, an eine pathogene Wirkung des angewandten Medicamentes zu denken und kommt auf Grund der in dem oben kurz wiedergegebenen Falle gemachten Beobachtungen zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die in Folge Jodgebrauches auftretenden bullösen Eruptionen können bei gegebener Prädisposition zu bleibenden Narben und zur Bildung papillärer Vegetationen Veranlassung geben. 2. Sie können durch die Localisation auf der Conjunctiva und Cornea zur Blindheit führen. 3. Die restirenden Narben können durch Retraction und Spangenbildung hochgradige Entstellung herbeiführen und einen alten Lupusprocess vortäuschen. 4. Die bullösen Eruptionen sind von Fieber und Diarrhoen begleitet. 5. Die Idiosynkrasie, welche diesen eigenthümlichen Reactionsmodus herbeiführt, macht sich oft sehr spät bei Individuen geltend, welche früher lange Zeit und ohne Schaden das Medicament gebrauchen konnten. 6. Vielleicht ist eine bestehende Albuminurie an den in Rede stehenden idiosynkratischen Erscheinungen nicht unbetheiligt. 7. Treten ungewöhnliche Phänomene bei einem mit Jodkalium behandelten Syphilitiker auf, so muss man sich stets fragen, ob dieselben der Syphilis oder der Medication ihre Entstehung verdanken. 8. Die pathogenetische Wirkung der Jodsalze macht sich bei einmal gegebener Jodidiosynkrasie in kürzester Frist bemerkbar.

802. ***Welches ist die beste Syphilisbehandlung?*** *Von* ***Krowczynski.*** *(Przeglad lekarski. 1889. 13 u. 14. — Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1889. 11.)*

Verf. führt die erste Syphiliscur nach folgendem Plane: 1. excidirt die Sclerose, wo es nur ihre Localisation erlaubt; 2. in allen Fällen ohne Ausnahme verordnet er möglichst früh (gleich nach der Feststellung der Diagnose) locale Inunctionen mit grauer Salbe in der Gegend der Inguinaldrüsen, Anfangs täglich, später jeden 2. bis 3. Tag in 1·50—2·0 (10—15 Minuten einreiben); 3. gibt gleichzeitig Sublimat oder Jodkali innerlich. *Krowczynski* berichtet über 60 in dieser Weise behandelte Fälle (doch ohne Excision), deren kürzeste Beobachtungsdauer 2 Jahre beträgt. In sämmtlichen Fällen kamen Beläge an den Mandeln zum Vorschein, blos in 4 Fällen Roseola, in 8 Fällen leichtes papulöses Syphilid, in 1 Falle Paronychia nach Trauma, blos in 4 Fällen Erosionen und Papeln an den Genitalien. Der Ausbruch der Allgemeinsymptome war regelmässig verschoben; in 1 Falle 79 Tage nach der Infection, in 8 Fällen 97 Tage nach Infection, in 24 Fällen 108—115 Tage nach Infection, in 27 Fällen nach dem 115. Tage nach Infection. Vergrösserung der Lymphdrüsen war in sämmtlichen Fällen unbedeutend. Jodkalibehandlung gab bessere Resultate im Vergleich mit der internen Sublimatbehandlung. Als Resultate dieser, in der zweiten Incubationsperiode ausgeführten Therapie gibt somit Verf. an: Verschiebung des Ausbruches der Allgemeinsymptome, Milderung derselben, Einschränkung der Zahl der Recidive an den Genitalien (für Prostituirte sehr geeignete Therapie).

803. ***Zur Kenntniss des Thiols.*** *Von* ***F. Buzzi.*** *(Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. 7.)*

Dem Berliner Chemiker Dr. *Jacobsen* ist es gelungen, ein dem Ichthyol gleichwerthiges Präparat dadurch zu gewinnen, dass er Schwefel in Kohlenwasserstoffe künstlich einführte und aus diesem Gemenge durch Sulfonirung mittelst concentrirter Schwefelsäure und Neutralisiren mit Natron oder Ammoniak den Ichthyolsalzen entsprechende Salze herstellte. Nachdem *Reeps* in der *Schweninger*'schen Klinik Versuche mit dem Mittel anstellte und seine Wirkung jener des Ichthyols völlig analog fand, hat *Buzzi* diese Versuche mit dem nunmehr fabriksmässig und relativ gleichmässig hergestellten Thiol wieder aufgenommen. Der Geruch desselben ist nur ein schwach bituminöser, der Geschmack bitterlich-adstringirend. In den Handel kommt 1. Thiolum liquidum, eine circa 40% wässerige Lösung von der Consistenz eines dicken Syrups, vom specifischen Gewicht 1·080—1·081 bei 15° C. Es ist wie das Ichthyol zu verwenden. 2. Thiolum siccum, kleine, braune, schwarzglänzende Lamellen, welche staubfein gepulvert werden. Es ist in Wasser völlig und unzersetzt löslich und eignet sich besonders zur innerlichen Darreichung. Ausserdem ist es als 10—20% Thiolpulver, mit Talcum, Amylum, Zinc. oxydat. etc. gemischt, sehr geeignet zur Behandlung von Erythemen, intertriginösen Eczemen, Erysipel, Verbrennungen ersten Grades, Blasenaffectionen, wie Pemphigus, Zoster etc.

Sternthal.

804. ***Ueber acutes umschriebenes Oedem der Haut und paroxysmale Hämoglobinurie.*** *Von Dr.* ***Joseph*** *in Berlin. Vortrag beim I. Congr. der Deutschen dermatologischen Gesellsch. in Prag. (Pest. med.-chirurg. Presse. 1889. 30.)*

Der Vortragende hatte Gelegenheit, seit einem Jahre einen 5jährigen Knaben zu beobachten, welcher seit 2½ Jahren an acuten umschriebenen Oedemen der Haut litt. Dieselben traten nur an von Kleidungsstücken entblössten Körpertheilen auf, d. h. im Gesicht und an den Händen. Der Knabe litt hierunter nur bei kaltem windigen Wetter, sofort beim Hinaustreten in eine derartige Atmosphäre traten die Schwellungen auf und beim Betreten des Zimmers verschwanden sie nach 10—15 Minuten. Der Knabe ist auch sonst leicht zu Erkältungserscheinungen geneigt, er hat bei geringer Kälte sich die Ohren angefroren und acquirirt häufig Catarrhe der Respirationsorgane. Im letzten Winter gesellte sich nun hierzu ein neues Symptom, eine paroxysmale Hämoglobinurie. Unter Schüttelfrost, bei sehr kalten Füssen entleerte Patient einen, wie die ausführliche chemische und mikroskopische Untersuchung ergab, hämoglobinhaltigen Urin. Patient wurde in's Bett gebracht, transspirirte dort heftig und war am nächsten Morgen gesund. Interessant in Bezug auf den zweiten Fall ist noch, dass die Mutter die Erkrankung darauf zurückführt, dass der Knabe ein Jahr lang täglich ein bis mehr Gläschen Tokajer zu trinken bekam. Vortragender bespricht dann die Theorien der paroxysmalen Hämoglobinurie, die Experimente *Rosenbach*'s, *Küstner's*, *Lichtheim*'s u. A. und hofft, dass die interne Klinik auf das Zusammentreffen von acutem Hautödem mit paroxysmaler Hämoglobinurie weiter achten wird. Im Anschlusse

hieran erwähnt er einen zweiten Fall seiner Beobachtung, wo bei einem 38jährigen Manne seit 4 Jahren sich ebenfalls acute Hautödeme einstellten. Ursache war hier wohl übermässiger Alkoholgenuss. Patient war ein sehr starker Trinker, unterliess er derartige Excesse, so traten auch keine Hautödeme wieder auf. Die Untersuchung des Alkohols ergab keine abnormen Bestandtheile, vor Allem keinen hohen Fuselgehalt. Aber fast experimentell stellten sich jedesmal nach grosser Alkoholaufnahme die Oedeme wieder ein.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

805. ***Ueber klinische und anatomische Befunde nach ausgedehnten Hautverbrennungen.*** *Vorläufige Mittheilung. Von Dr.* ***Oscar Silbermann*** *in Breslau. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 28.)*

Während seiner Studien über die Krankheitserscheinungen und pathologisch-anatomischen Befunde, welche nach der Auflösung zahlreicher rother Blutscheiben entstehen, ist *O. Silbermann* auch der Frage nach den Ursachen der bei umfangreichen Verbrennungen auftretenden klinischen Symptome, sowie der schweren Gewebsstörungen experimentell näher getreten. — Er gelangte dabei zu folgenden Ergebnissen: 1. Nach ausgedehnten Hautverbrennungen tritt nicht nur eine Formveränderung der rothen Blutkörperchen, sondern auch eine Verminderung ihrer Resistenz gegen gewisse Einwirkungen (Hitze, Trocknung, Compression, Tinction) auf. — 2. In Folge der Veränderungen der rothen Blutscheiben kommt es zu zahlreichen thrombotischen Gefässverlegungen der feineren Arterien und der Capillaren, ausserdem aber noch zu Stasen in den verschiedensten Organen, so vor Allem in der Lunge, den Nieren, im Magen, Darm, Milz, Leber, Haut und Hirn. Die Gefässverstopfungen, welche wir durch Autoinjection der Versuchsthiere mit concentrirten Indigcarmin-, resp. 1%igen Eosinkochsalzlösungen in vivo nachwiesen, sind am zahlreichsten und umfangreichsten in den feineren Aesten der Lungenarterie. — 3. Aus der grossartigen Verlegung der Lungencapillaren resultirt einerseits ein sehr bedeutendes Hinderniss für die Entleerung des rechten Herzens, sowie eine enorme Stauung am Venengebiete, andererseits eine sehr bedrohliche arterielle Anämie. — 4. Aus dieser letzteren, sowie aus der so bedeutenden venösen Stauung, ferner aus den zahlreichen thrombotischen Gefässverschlüssen und Stasen leiten sich die Blutungen und parenchymatösen Veränderungen in den Lungen, Nieren, der Leber, im Magen, Darm, der Milz etc. her. — 5. Aus den ebengenannten Circulationsstörungen erklären sich ferner einerseits Dyspnoe, Cyanose, Coma, Kleinheit des Pulses, Benommenheit, Eclampsie und Anurie, andererseits die so auffallende Erniedrigung der Hauttemperatur, bedingt durch Contraction der Hautgefässe in Folge von arterieller Anämie.



806. ***Elektrolytische Zersetzung organischer Gewebe.*** *Von **George H. Rohé** in Baltimore. (The New-York Med. Journ. 1. Dec. 1888. — Deutsch. Med.-Zeitg. 1889. 57.)*

Der elektrische Strom wirkt nach des Verf.'s Ansicht durch seine chemischen Eigenschaften, durch die Elektrolyse, heilsam. An den beiden Elektroden finde eine chemische Zersetzung statt. Ueber seine interpolare Wirkung sei noch nichts bekannt. Doch geht des Verf.'s Meinung dahin, dass auch innerhalb der interpolaren Strecke, wenn diese von organischen Geweben gebildet werde, eine Zersetzung stattfinde; schwieriger im normalen Gewebe, sicher dagegen im krankhaften. Die Anwendung des elektrischen Stromes sei also bei Tumoren, entzündlichen Neubildungen, Hydrocele, Cysten aller Art berechtigt, seine Wirksamkeit hinlänglich bekannt. Bei einer Strictur der Urethra — entzündliche Neubildung im submucösen Gewebe — verspreche der Theorie nach keine andere Methode einen so sicheren, prompten und vollständigen Erfolg wie die Elektrolyse.

807. ***Studien über Lab im menschlichen Magen unter pathologischen Verhältnissen.*** *Von **E. H. Johnson**. (Årsberättelse från Sabbatsbergs Sjukhus. 1888, pag. 53.)*

808. ***Ueber das Vorkommen von Labferment unter normalen und krankhaften Verhältnissen und dessen Bedeutung bei der Diagnostik der Magenkrankheiten.*** *Von **Otto Sandberg**. (Hygiea. Mai, pag. 319.)*

Das von *Hammarsten* im menschlichen Magensaft nachgewiesene Labferment ist nach den von *Johnson* zuerst in Giessen unter *Riegel* ausgeführten, dann im Sabbatsberger Krankenhause in Stockholm fortgesetzten Untersuchungen ein constantes Product der Magendrüsenabsonderung und findet sich im Magensafte in allen Digestionsperioden, ausgenommen bei Magenkrebs, bei welchen es niemals nachgewiesen werden konnte. Auch bei Hypersecretion von Magensaft nach abendlicher Magenausspülung und Fasten ist Lab vorhanden. Im Fieber kann Labferment im Magensaft fehlen. Nach den an verschiedenen Kranken angestellten Versuchen *Sandberg's* findet ein gewisser Parallelismus zwischen Salzsäure, Pepsin und Lab statt, und wo Salzsäure sich findet, ist auch stets Lab und Pepsin (oder, wenn die Verdauungsprobe dasselbe direct nicht nachweist, Pepton) vorhanden. Ausnahmsweise kommt aber Lab ohne Salzsäure vor, während in zwei von *Sandberg* an Magenkrebskranken gemachte Untersuchungen beide fehlten. Auch in einem ausgesprochenen Falle von nervöser Dyspepsie fehlten beide gänzlich, während in einem anderen der Magensaft vollkommen normal war. Bei chronischem Magencatarrh fehlte Salzsäure und Lab ebenfalls, jedoch nur eine Zeit lang, desgleichen in einem Falle von Herzfehler mit Nierenleiden. Als diagnostisches Mittel auf Magenkrebs scheint das Fehlen von Lab somit nicht empfehlenswerth, dagegen kann die Labprobe die weit umständlichere Pepsinprobe in manchen Fällen ersetzen, weil da, wo Lab vorhanden ist, sich sicher auch stets Pepsin findet. Nach den mehr physiologischen Studien *Johnson's* übt die Menge der Salzsäure im Magensaft auf die Schnelligkeit und Vollständigkeit der Milchcoagulation durch das Lab keinen Einfluss



aus. Bei der Reaction tritt Milchsäure nicht auf und die Flüssigkeit bleibt neutral. Gekochte Milch wird langsamer als frische coagulirt. Ueberschüssiges Alkali zerstört das Labferment leicht, weshalb dasselbe auch unter normalen Verhältnissen nicht in die Fäces übergeht. Auch ein Uebergang in den Harn findet nicht statt. Die dem Lab neuerdings von dänischen Aerzten zugeschriebenen Heileffecte bei Diabetes, wobei dasselbe den Zucker in Milchsäure überführen soll, werden, wenn sie wirklich vorhanden sind, nur auf locale Beeinflussung im Magen oder höchstens in der Leber (Pfortader), nicht aber im grossen Kreislaufe beruhen können. *Th. Husemann.*

809. ***Beiträge zur Kenntniss der Anzahl der Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes bei Gesunden und Kranken.*** *Von H. D.* ***Wilkens*** *in Stockholm. (Hygiea. 1888, pag. 361, 433, 496. — Årsberättelse från Sabbatsbergs Sjukhus. 1888, pag. 62.)*

Mit dem *Fleischl*'schen Hämatometer ausgeführte Untersuchungen an 642 Gesunden zeigten bei Kindern unter 2 Monaten einen grösseren Hämoglobingehalt, als der von *Fleischl* angegebenen Hämoglobinmenge entspricht; bei Kindern von 2 Monaten bis 12 Jahren war derselbe etwas geringer, stieg von da ab wieder auf die Normalmenge und sank vom 62. Jahre ab unter diese herab. Von Kranken hat *Wilkens* theils primäre Anämien, theils secundäre untersucht. Bei Chlorose fand er den Hämoglobingehalt stets vermindert, und zwar noch tiefer gesunken, als es *Engelsen* und *Laache* constatirten (die Normalzahl = 100 gesetzt, im Durchschnitte auf 28·4). Behandlung mit *Blaud*'schen Pillen brachte ihn auf 60—80, doch sank derselbe wieder nach Fortlassen des Eisens, das deshalb bei Chlorose so lange zu geben ist, bis kein weiteres Absinken eintritt. Der tiefste Stand des Hämoglobins fand sich bei perniciöser Anämie, in einem Falle 3 Stunden vor dem Tode = 8, dabei war die Zahl der Blutkörperchen trotz deren gewaltiger Abnahme immer noch grösser, als der relative Hämoglobingehalt. Die Angabe *Sörensen's,* dass die Zahl der Blutkörperchen auf 0·5 Millionen sinken kann, ohne dass unmittelbar Lebensgefahr eintritt, hat auch *Wilkens* bestätigt. Unter Arsengebrauch stieg hier und bei Leukämie die Blutkörperchenanzahl beträchtlich. In einem Falle von Purpura haemorrhagica war der Hämoglobingehalt auf 15 gesunken, dagegen bei Leukämie niemals unter 50. Im Typhus fand *Wilkens* in Uebereinstimmung mit *Laache* stets ausgeprägte Verminderung des Hämoglobins, die ihr Maximum nach dem Aufhören des Fiebers erreichte, und von da ab sich wieder ausglich. Auffällig ist das zu ferneren Untersuchungen auffordernde Factum, dass bei 14 Fällen von Hysterie und Neurasthenie 12mal ein so hoher Hämoglobingehalt constatirt wurde. Bei Phosphorvergiftung konnte eine nennenswerthe Veränderung nicht nachgewiesen werden. Als charakteristisch für primäre Anämien mit Ausnahme der Bleichsucht erscheint es, dass Hämoglobingehalt und Blutkörperchenzahl gleichzeitig sinken, während bei Chlorose und secundären Anämien vorwaltend das Hämoglobin sinkt und die Zahl der rothen Blutkörperchen nur wenig abnimmt oder selbst normal bleibt.

Th. Husemann.



Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

810. ***Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden.*** *Von Dr.* ***Cornet.*** *(Zeitschr. f. Hygiene. Bd. VI, pag. 65. — Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1889. 8.)*

Anschliessend an seine bisherigen Publicationen über Tuberculose (s. Med.-chir. Rundschau. 1889. Nr. 671) führt *Cornet* an, dass trotz der allgemein anerkannten Contagiosität der Tuberculose sehr wenig zur Verhütung der Ansteckung gethan wird; und um einen Maassstab für die Infectionsgefahr bei der Tuberculose zu gewinnen, untersuchte er die Gesundheitsverhältnisse der Krankenpfleger. Bei Auswahl des Materials beschränkte sich *Cornet* nur auf gewisse katholische weibliche und männliche Orden für Krankenpflege, da nur in diesen eine genügende Sicherheit der Daten geboten wird. Die verwerthbaren Berichte von 38 Klöstern umfassten bei einer jährlichen Durchschnittszahl von 4028·80 Pflegern und bei einer Gesammtsumme von 87.450 beobachteten Personenjahren 2099 Todesfälle. In der ersten Tabelle, worin die Sterblichkeit nach den Todesursachen in den einzelnen Orden enthalten ist, ist ersichtlich, dass fast $^2/_3$ an Tuberculose gestorben sind, in einzelnen Klöstern bis zu $^3/_4$. Nebst der Tuberculose ist Typhus am meisten hervortretend. In einer zweiten Tabelle, worin die Zusammenstellung der Sterblichkeit an Tuberculose und anderen Krankheiten nach den verschiedenen Altersclassen erfolgt, findet sich bis zum 40. Jahre die höchste Sterblichkeit, dann erfolgt rasches Absinken, was seinen Grund darin hat, dass die meisten Ordensmitglieder, obwohl sie erst mit 20—30 Jahren den Beruf ergreifen, im Durchschnittsalter von 36·27 Jahren dahinsterben, ein Alter, welches selbst bei den gefährlichsten Gewerben im Durchschnitt überragt wird. *Cornet* schliesst aus den beiden Tabellen, dass die Sterblichkeit in allen Krankenpflegeorden ganz ungewöhnlich erhöht ist, und zwar fällt der Höhepunkt, entgegen den allgemeinen Verhältnissen, in die Periode vom 20. bis 50. Lebensjahre und die Hauptursache dieser Steigerung beruht in dem dominirenden Auftreten von Tuberculose. In weiteren Tabellen werden die Todesursachen der Krankenpfleger denen der übrigen Bevölkerung entgegengestellt; es zeigt sich dabei unter Anderem, dass bei 100 Krankenpflegerinnen 63 ein Opfer der Tuberculose geworden sind. Ferner zeigt *Cornet*, dass der Höhepunkt der Sterblichkeit in den Anfang des dritten Jahres nach Eintritt in den Orden fällt, mithin dieselbe nicht mitgebracht, sondern im Dienste erworben wurde. Als Ursache dieser ganz enorm erhöhten Sterblichkeit in den Krankenpflegeorden ist der Verkehr mit Phthisikern und die dadurch bedingte reichliche Gelegenheit zur Infection anzusehen, die hauptsächlich in dem Verstauben tuberkelbacillenhaltiger Sputa besteht.

811. ***Mittheilung über einige das Creolin betreffende Versuche.*** *Von Prof. Dr.* ***P. Baumgarten.*** *(Centralbl. f. Bacter. Nr. 4.)*

Das Ziel der von Dr. *Washbourn* im Laboratorium des Verf. unternommenen Untersuchungen bestand darin, ob es gelingen werde, den lebenden Thierkörper, ohne ihn dabei wesentlich zu schädigen, derartig mit Creolin zu sättigen, dass dadurch die



Entwicklung specifisch-pathogener Mikroorganismen in ihm verhindert wird. Nachdem durch eine Reihe von Versuchen die antiseptische und desinficirende Wirkungsfähigkeit des Creolins auf in todten Nährböden befindlichen Mikroorganismen constatirt worden war, wurden Meerschweinchen und Mäusen nach Impfung mit virulenter Milzbrandcultur bestimmte Quantitäten von Creolin in wässeriger Lösung unter die Bauch-, resp. Rückenhaut ein- oder mehreremale nachgespritzt. Es gelang wohl auf diese Weise, die Entwicklung des Milzbrandes im Thierkörper zu hemmen oder zu unterdrücken, aber nur bei Anwendung solcher Quantitäten von Creolin, welche den Tod der Thiere verursachten. Diese Versuche haben unwiderleglich dargethan, dass das Creolin an sich ein starkes Gift für den thierischen Organismus ist. Die Symptome der acuten Creolinvergiftung bestehen in clonischen Krämpfen der Rumpf- und Extremitätenmuskeln, begleitet oder gefolgt von einem soporösen Zustand. Bei den Meerschweinchen wurde auch eine starke Steigerung der Thränensecretion beobachtet. Je stärker die injicirte Creolindosis, desto rascher treten die Intoxicationserscheinungen und der Tod ein. Bei intraperitonealer Injection gehen die Meerschweinchen zu Grunde, während sie nach subcutanen Injectionen am Leben bleiben. Dieser Unterschied hängt damit zusammen, dass der vom Peritoneum zum Ductus thoracicus führende Resorptionsstrom nicht, wie derjenige vom subcutanen Bindegewebe aus, durch Lymphdrüsen, welche einen Theil des resorbirten Creolins zurückhalten, unterbrochen wird. *Schnirer*, Wien.

812. ***Der Einfluss der Desinfection mit strömendem und gespanntem Wasserdampf auf verschiedene Kleiderstoffe.*** *Von Dr. **F. Levison**. (Zeitschr. f. Hygiene. 6. 225. — Centralbl. f. ges. Therapie. 1889. 8.)*

Da es für die Popularisirung der Desinfection als Massregel gegen die Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten nothwendig ist, das Publicum rücksichtlich einer eventuellen Schädigung ihrer Habseligkeiten durch die Desinfectionsprocedur zu beruhigen, beschäftigte sich *Levison* auch mit dieser Frage, nachdem er in Gemeinschaft mit *Salomonsen* über die Resultate der Desinfectionsversuche mit verschiedenen Apparaten berichtet hatte. Bezüglich der Farbe erwähnt *Levison*, dass echt gefärbte Stoffe nichts einbüssen, unechte etwas gebleicht, bisweilen verwischt werden, Flecke von Eiter, Blut, Fäcalien durch die Behandlung in den betreffenden Apparaten fixirt werden, so dass sie durch gewöhnliches Waschen nicht herausgehen. Was den Einfluss der Desinfection auf die Consistenz der Kleiderstoffe anlangt, so wurde derselbe nach einem von *H. Sohl* eigens dazu construirten Apparat geprüft. Die Resultate stellten sich für die verschiedenen Stoffe verschieden, während z. B. die flachsenen Stoffe, Leinwand, Zwillich, durch 10malige Desinfection gelitten hatten, konnten baumwollene Stoffe, Kattun und Schürzenstoff, nach der gleichen Procedur eine grössere Last tragen. Als Endresultat hebt *Levison* hervor, dass die Stoffe, die durch 10malige Desinfection gelitten hatten, noch vollständig brauchbar waren und es wäre also eine einmalige Desinfection für alle geprüften Stoffe ohne jeglichen Einfluss auf ihre Brauchbarkeit und ihren Werth.



813. ***Beitrag zur Lehre von der Contusionspneumonie.*** *Von Dr. Demuth. (Münch. med. Wochenschr. 1888. 32. — Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Juli 1889.)*

Unter 604 Fällen croupöser Pneumonie konnte Verf. 10mal Contusionspneumonie beobachten. Er rechnete nur solche Fälle dazu, bei denen sicher nachgewiesen war: 1. Dass wirklich eine traumatische Erschütterung, eine Contusion, stattgefunden hatte; 2. dass die betreffenden Patienten vorher vollständig gesund waren. Dem von *Litten* angegebenen Verhältniss von 4·4% stellt Verf. ein solches von 1·66% entgegen. Ueberhaupt weicht Verf. in manchen Punkten von *Litten* ab; als unterscheidende Merkmale gegenüber den rein croupösen Entzündungen wird hervorgehoben: 1. Das Fehlen des initialen Fieberfrostes, überhaupt das Fehlen stärkerer Fiebertemperaturen und damit das Fehlen der der croupösen Pneumonie eigenen deletären Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden, Appetit und Ernährung; 2. das Fehlen allgemeiner Schweisse; 3. der Urin ist nicht saturirt, enthält nie Eiweiss; 4. die Milz ist niemals vergrössert. Kein Herpes labialis, kein kritischer Fieberfall. Das Sputum hat mehr ein hämorrhagisches Ansehen, als bei der genuinen Pneumonie, ohne dass sich überhaupt starker Auswurf bemerkbar macht. Knisterrasseln fehlt im Beginn, während frühzeitig Verdichtungserscheinungen sich bemerkbar machen, sowie Bronchialathmen, ohne dass letzteres scharf ausgeprägt ist. Auch ist das Oppressionsgefühl nicht auffallend stark. Zugestanden wird, dass wirkliche lobuläre entzündliche Infiltration der Lunge durch Contusion des Thorax ohne weitere Verletzung entstehen kann. Das pathologisch-anatomische Bild der Contusionspneumonie unterscheidet sich vom hämorrhagischen Lungeninfarcte durch unregelmässige Configuration der Blutinfiltration des Lungengewebes gegenüber den keilförmigen, meist gegen die Umgebung scharf eingeschnittenen Gestaltung des Lungeninfarctes. Verf.'s Beobachtungen verdienen umsomehr Vertrauen, als sie sich auf seine reiche Erfahrung als Spital- und Cassenarzt stützen.

814. ***Ueber die Fleischvergiftung in Frankenhausen a. Kyffh. und den Erreger derselben.*** *Von Prof. Gärtner in Jena. (Correspondenz-Blätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. XVII. Jahrg., Jena 1888, Heft 9.)*

Auf einem Gute bei Frankenhausen wurde ein an Durchfällen mit Schleimabgang erkranktes Rind nothgeschlachtet und das Fleisch zum Verkauf übergeben. Von 58 Personen, die dieses Fleisch genossen, erkrankten alle, und eine, die etwa 800 Grm. des rohen Fleisches verzehrt hatte, starb nach 36 Stunden. Als wesentliche Symptome der Erkrankung wurden Erbrechen und Durchfall, Schläfrigkeit, Schwindel und hohes Fieber angegeben. Bei den leicht erkrankten trat die Reconvalescenz innerhalb der nächsten 3—5 Tage ein, dagegen beanspruchte die Genesung bei schwereren Fällen 1—4 Wochen und bei fast allen intensiver Erkrankten schälte sich die Haut, und zwar löste sich nicht nur die dünne Epidermis an den bedeckten Körpertheilen, sondern auch die verhornte Oberhaut an Händen und Füssen, wodurch eine verlängerte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eintrat. Die Obduction der nothgeschlachteten Kuh ergab weder eine



Vergrösserung der Milz, noch der Leber, dagegen waren die dünnen Gedärme an einigen Stellen röthlich gefärbt. Bei der kurz nach dem Tode des einen Erkrankten erfolgten gerichtlichen Section fand man eine Röthung der Darmschleimhaut, Schwellung der solitären und *Peyer*'schen Drüsen, wie auch Blutextravasate im Magen und Gedärmen. Die von Prof. *Gärtner* vorgenommene bacteriologische Untersuchung der Fleischreste der geschlachteten Kuh, wie auch der Organe des verstorbenen Arbeiters ergab eine Reincultur einer Kurzstäbchenart, der ausgesprochene virulente Eigenschaften zukommen und der *Gärtner* den Namen Bacillus enteritidis beilegt. Die gefundenen Bacterien präsentiren sich als kurze, ziemlich kräftige, hier und da zu kurzen Verbänden vereinigte, Eigenbewegung aufweisende und mit einem deutlichen Hof umgebene Bacillen. Dieselben färben sich mit allen Anilinfarbstoffen, wobei die Pole der ziemlich deutlich abgerundeten Bacillen ungefärbt bleiben und das Mittelstück, von viereckiger Gestalt, gefärbt bleibt. Nach der *Gram*'schen Methode behandelt, entfärben sie sich. Auf den Platten wachsen sie zu hellgrauen, grobkörnigen, durchscheinenden, runden Colonien, deren Ränder scharf und die Mitte nach längerem Stehen grau-gelblichen Farbenton annimmt. Im Impfstich bildet sich auf der Oberfläche in Gelatine eine dicke, grau-weisse Wucherung, welche nach einiger Zeit zusammenzusinken pflegt, wodurch ein graues, stark gerunzeltes Häutchen entsteht; im Stichcanal bleibt das Wachsthum auf den Stich beschränkt, Verflüssigung stellt sich nicht ein. Am Agar wächst der Bacillus als grau-gelblicher Belag, die Bacillen sind jedoch kürzer und dünner und färben sich gleichmässig. Am Blutserum ist das Wachsthum ein sehr rapides in der Form eines grauen, hautartigen Belags. Auf Kartoffeln entwickeln sich die Bacterien als gelblich-grauer, feuchtglänzender Belag. Bei Luftabschluss ist das Wachsthum sehr gering.

Dieser Bacillus erwies sich bei subcutaner und interperitonealer Einimpfung für Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen als virulent und das Obductionsbild war in allen Fällen das gleiche, und zwar Schwellung und Röthung der Darmschleimhaut, ferner an der Pleura und Pericard. Bei einer ziemlich bedeutenden Anzahl der obducirten Thiere liess sich hämorrhagische oder fibrinöse Pleuritis mit pneumonischer Infiltration der unteren Lungenlappen nachweisen. Im Blut sämmtlicher Organe liessen sich die eingeführten Bacterien sehr leicht nachweisen. Milzschwellung wurde nie beobachtet. Durch Verfütterung der Culturen konnten nur bei grauen und weissen Mäusen dieselben Erscheinungen hervorgerufen werden. Ein altes Pferd erhielt wiederholt Kartoffel- und Gelatineculturen des Bacillus im Getränk. Die Mikroorganismen liessen sich im Koth nachweisen, fehlten aber im Blut des gefallenen Thieres, dessen Todesursache nicht ermittelt werden konnte. Die Verfütterung erzeugte ferner bei einer Ziege starken Durchfall, ohne jedoch deren Tod herbeizuführen, der erst auf intravenöse Injection hin eintrat. Der Bacillus enteritidis *Gärtner* producirt ein specifisches Gift, da durch sterilisirte Bacillenculturen, sowie durch Verfütterung oder Einspritzung einer Bouillon, die aus mit den Culturen belegtem Fleische bereitet wurde, der Tod der Versuchsthiere unter gleichen



Erscheinungen, wie bei Einimpfung der lebenden Culturen unter dem vorherrschenden Bilde einer Enteritis herbeigeführt wurde.
Karliński.

Berichte
über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

815. *Beitrag zur Kenntniss und Behandlung der Paraovarialcysten.*

*Von **Julia Wykowsky** in Dunin.*

(Arch. f. Gyn. Bd. XXXIV, Heft 3, pag. 466.)

*Referirt von Prof. **L. Kleinwächter**.*

Gestützt auf eine Reihe von 17 Fällen von Paraovarialcysten, die auf der Berner Klinik operirt wurden, trachtet Verf. ein Bild dieser selteneren Form von Ovarialtumoren zu liefern. Das Paraovarium, das Residuum des *Wolf*'schen Körpers, besteht aus einer Reihe feiner Canälchen, die zwischen den Blättern des Ligamentum latum liegen und, von der Ampulle der Tuben convergirend oder spitzwinkelig abgebogen, gegen das Ovarium verlaufen und in seinen Hilus eintreten. Zuweilen degeneriren diese Canälchen cystös. Diese Cysten sind meist uniloculär, sowohl im klinischen, als im anatomischen Sinne. Sind sie multiloculär, so ist dies die Folge einer cystösen Degeneration mehrerer Canälchen, nie aber der Ausdruck einer sogenannten Proliferation. Gross sind nur die solitären Cysten, die multiplen sind höchstens wallnussgross. Ihrer anatomischen Lagerung zufolge besitzen die Paraovarialcysten immer einen ununterbrochenen peritonealen Ueberzug, der sich, falls keine Entzündungen vorausgingen, leicht abziehen lässt. Die Wandung ist meist dünn, durchsichtig, von glatter Innenfläche. Das Epithel der letzteren kann cylindrisch, kubisch oder abgeplattet sein. Flimmerepithel fehlt wohl oft, doch ist dieses Fehlen nicht, wie man früher meinte, pathognomisch. Zuweilen findet sich papillomatöse Wucherung und Drüsenneubildung in der Cystenwand, manchmal auch trifft man Muskelbündel in der äusseren Schichte der Wandung. Letzterer Befund erklärt sich aus dem Gehalte der Blätter des Ligamentum latum an diesem Gebilde und dem Uebergange der Blätter des Ligamentum latum auf die Cyste. Sehr verschieden ist der Cysteninhalt. Früher meinte man, die Paraovarialflüssigkeit habe folgende charakteristische Eigenschaften; sie sei hell, opalescirend, dünnflüssig, arm an Eiweiss, enthalte kein Paralbumin, keine morphologischen Bestandtheile und habe ein sehr niedriges, zwischen 1002—1005 schwankendes specifisches Gewicht, so dass man aus einer Probepunction eine sichere Diagnose stellen könne. Letzteres ist aber, da zahlreiche Ausnahmen vorkommen, nicht richtig. Die Flüssigkeit kann Paralbumin und Eiweiss enthalten, ebenso weisse und rothe Blutkörperchen und kann ihr Mucin fehlen, welches man als pathognomisch für sie ansah. Das specifische Gewicht kann bis auf 1032 ansteigen. In der Regel ist die Flüssigkeitsmenge nicht beträchtlich, doch kann sie sogar bis



auf 40 Liter ansteigen. Man meinte bisher, die paraovariale Cyste habe keinen Stiel, auch dies ist nicht richtig. Er kann da sein, wenn er auch nur aus einem ausgezogenen Theile des Ligamentum latum besteht. Er kann dieselbe Bedeutung haben wie jener bei Ovarialcysten. Er kann torquirt sein und dadurch consecutiv eine intracystöse Blutung erzeugen (wodurch die Flüssigkeit dunkelbraun wird und Methämoglobin enthält) oder eine Peritonitis nach sich ziehen. Häufig wird die Tuba an die Cyste herangezogen, oft dagegen bleibt sie ganz unbetheiligt. Aehnlich verhält es sich mit dem Ovarium. Es ist normal cystös degenerirt oder in die Stielbildung mit einbezogen oder sitzt es dem Tumor auf. Zuweilen fehlt das Ovarium der betreffenden Seite gänzlich. Vielleicht handelt es sich da um einen angeborenen Mangel des Ovarium (einseitige Anlage oder Abschnürung desselben im fötalen Leben) oder reichten die Canäle des Paraovarium ursprünglich bis tief in das Ovarialstroma hinein, so dass später, als die cystöse Degeneration eintrat, das Ovarialstroma mit in die Bildung der Cystenwand einbezogen wurde und atrophisch zu Grunde ging. Bezüglich der Aetiologie weiss man bisher noch nichts. Ein Wechselverhältniss in ätiologischer Beziehung mit dem Gestationsprocesse scheint nicht zu bestehen. Die Conception wird durch die Paraovarialcyste nicht behindert. Kein Alter schützt vor der Paraovarialcyste, wenn sie auch am häufigsten in der geschlechtsthätigen Zeitperiode zu sehen ist. Die Symptomatologie der Paraovarialcyste ist eine vorwiegend negative. Die Cyste wächst langsam, bleibt lange stationär, zeigt keine maligne Degeneration oder Complication, bildet keine Metastasen. Die Beschwerden sind nur mechanische. Die Menstruation wird nicht alterirt. Oedem oder Ascites sieht man nicht. Begrenzte Peritonitiden sind dagegen nicht selten und haben meist Verwachsungen der Cyste mit der vorderen Bauchwand und den Därmen zur Folge, wodurch die Operation erschwert wird. Häufig sind Harnbeschwerden, vielleicht Folgen des Druckes. Das Allgemeinbefinden der Kranken wird nicht alterirt, die sogenannte Facies ovarica fehlt.

Die Kranken suchen nur wegen der Grössenzunahme des Unterleibes oder wegen der intercurrirenden Peritonitiden Hilfe. Complication mit Gravidität ist selten. Ausnahmsweise nur wird die Cyste ein Geburtshinderniss. Spontane Berstung der Paraovarialcyste ist selten. Die Unterscheidung der Cyste von einer festen Neubildung ist leicht, da stets Fluctuation oder wenigstens Elasticität auf einen flüssigen Inhalt hinweist. Schwierig ist zuweilen die Unterscheidung von einer Ovarialcyste. Die typische Paraovarialcyste ergibt folgendes Bild: Der Unterleib ist durch einen Tumor von scharf umschriebenen Grenzen, glatter Oberfläche und gleichmässiger Consistenz ausgedehnt. Es ist Fluctuation oder nur Elasticität da. Der Uterus ist nach der entgegengesetzten Seite verdrängt, ante- oder retroponirt, sonst normal. Er lässt sich am Tumor verschieben, ohne ihn mitzubewegen. Im hinteren und seitlichen Vaginalgewölbe fühlt man einen glatten, fluctuirenden oder elastischen Tumor, der vom Uterus schwer abzugrenzen ist, scheinbar von dessen Kante ausgeht und schwer, sowie wenig beweglich ist. Einen Stiel findet

man nicht. Die Ovarien sind schwer zu finden. Zuweilen täuschen Exsudatmassen Verdickungen der Wand des Tumors vor. Die Cyste kann so beweglich sein, dass sie eine Wanderniere vortäuscht. Kleinere eingekeilte Cysten können eine feste Geschwulst vortäuschen. Verwechslung mit freiem Ascites ist nicht leicht möglich. Die Probepunction, um aus dem Befunde eine Paraovarialcyste von einer Ovarialcyste zu unterscheiden, ist nach dem Mitgetheilten werthlos. Die einfache Punction kann genügen, um Verödung der Cyste herbeizuführen. Man punctire von der Vagina aus, vorausgesetzt, dass der Tumor noch leicht beweglich ist, fülle dann die Vagina mit Jodoformgaze aus und lege einen Druckverband an. Bei Punction von aussen kann man leicht die Darmschlingen verletzen. Bei schwankender Diagnose oder wenn die Cyste von der Vagina aus nicht erreichbar ist, macht man die Laparotomie. Wie vorgegangen wird, hängt vom vorliegenden Falle ab. Zuweilen tritt die Cyste leicht hervor. Da kann man den Stiel unterbinden, trennen und versenken. In anderen Fällen müssen erst Verwachsungen getrennt und gelöst werden. Bei zu ausgebreiteten Adhäsionen muss man sich begnügen, die Cyste in die Bauchwunde einzunähen, ihre Wand zu reseciren und die Verödung des Sackes der Natur überlassen. In extenso theilt Verfasserin 17 Fälle mit, die, mit Ausnahme von dreien, bei denen nur punctirt wurde, mittelst der Laparotomie operativ entfernt wurden.

Literatur.

816. ***Augenheilkunde und Ophthalmoskopie für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***Hermann Schmidt-Rimpler****, ordentl. Professor der Augenheilkunde und Director der ophthalmiatrischen Klinik zu Marburg. Vierte verbesserte Auflage. Mit 169 Abbildungen in Holzschnitten und einer Farbentafel. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1889. (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Band X.)*

Das nach zwei Jahren wieder in neuer Auflage erscheinende Werk hat der Verfasser auch diesmal mit den neuesten Errungenschaften der Ophthalmologie erweitert und ergänzt, namentlich wurden die operative Technik und die Refractionsbestimmungen mittelst des Augenspiegels ausführlicher behandelt. In letzterer Beziehung ist die Skiaskopie, das von *Cuignet* als Keratoskopie beschriebene neue Verfahren zur Refractionsbestimmung, eingehender erörtert. „Man setzt dem zu Untersuchenden in einer Entfernung von 1 M. 20 Cm. sich gegenüber; neben seinem Kopfe befindet sich die Ophthalmoskopirlampe. Mit einem Augenspiegel wirft man Licht in die Pupille; wenn dieselbe roth leuchtet, macht man kleine Bewegungen mit dem Spiegel, um seine verticale Achse, nach rechts und links hin, als ob man nur die rechte oder linke Hälfte der Pupille beleuchten wollte. Hierbei beobachtet man das Auftreten eines dunkleren Schattens (σκία), der entweder sich an der Seite der Pupille zeigt, nach welcher der Spiegel gekehrt wurde, oder an der entgegengesetzten Hälfte. Aus dieser Verschiedenheit in dem Auftreten des Schattens in der Pupille kann man den Refractionszustand des Auges diagnosticiren." Gewiss wird auch der neuen Ausgabe die wohlverdiente Anerkennung nicht ausbleiben. —*r.*



817. ***Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***Paul Zweifel,*** *ordentl. Professor und Director der geburtsh.-gynäk. Klinik der Universität Leipzig. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart 1889, Verlag von Ferdinand Enke.*

Trotz der nicht geringen Anzahl von Lehrbüchern der Geburtshilfe, hat sich *Zweifel's* Lehrbuch gleich nach seinem Erscheinen einen ersten Platz in der Fachliteratur erworben und sich weit über die Grenzen Deutschlands in den Kreisen, für die es geschrieben wurde — Aerzte und Studirende — dauernd eingebürgert. Dafür spricht nicht nur die grosse Verbreitung des Buches, sondern auch das Bedürfniss nach einer 2. Auflage, 2 Jahre nach dem Erscheinen der ersten. Trotz der raschen Folge ist doch Vieles von Grund aus umgearbeitet und alle neueren Arbeiten auf einschlägigem Gebiete nach kritischer Sichtung berücksichtigt worden. Wie in der ersten Auflage, kennzeichnet der Verf. auch in der vorliegenden die eminente Wichtigkeit der Desinfectionslehre und der Prophylaxe des Puerperalfiebers dadurch, dass er sie als Einleitung in das Studium der Geburtshilfe in einem besonderen Capitel eingehend behandelt. Da das von ihm gehandhabte Desinfectionsverfahren von dem sonst üblichen etwas abweicht, so seien hier seine Vorschläge wörtlich citirt: „Im Beginn der Geburt werden die äusseren Genitalien einer jeden Kreissenden tüchtig gewaschen und abgeseift. Die Schleimhaut der Vagina und des Cervicalcanals wird mit einer 1%igen Creolinmischung ausgespült, bezw. mit den Fingern abgerieben. Vor jedem Touchiren — auch während der Schwangerschaft — sollen die Hände erst mit Seife und recht warmem Wasser gründlich gereinigt, dann von Seife und Fett wieder befreit und endlich mit Sublimat 1 : 1000, 3%iger Carbolsäurelösung oder anderen erprobten Desinfectionsmitteln abgerieben, dann ein vollkommen reines, frisch geschmolzenes Fett, am besten Creolinmollin zu 1% zum Bestreichen der Finger genommen und sofort, ohne noch irgend etwas zu berühren, touchirt werden. Da, wo Luft eingetreten ist, eine Hand eingeführt wurde etc., soll nach der Entbindung mittelst einer Spülkanne (Irrigator) die Gebärmutter mit viel Wasser oder Carbollösung von $2^1/_2$% ausgespült werden. Die Instrumente sind vor jedem Gebrauch 10 Minuten auszukochen und ebenso lange in frische Carbol-, bezw. Sublimatlösung zu legen. Allen äusseren Wunden ist die grösste Aufmerksamkeit zuzuwenden, die Stopftücher oder Unterlagen sollen sehr rein gehalten und häufig gewechselt werden." Das Buch zerfällt in drei Hauptabschnitte: Der erste bespricht die Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und der dritte die Operationslehre. Eine auf reiche Erfahrung gegründete Schilderung, ein klarer und leicht fasslicher Stil, eine übersichtliche und systematische Behandlung des Stoffes, kritische Benützung der Literatur sind die Hauptvorzüge dieses Lehrbuches. Eine Einrichtung, die allen Autoren zur Nachahmung bestens empfohlen werden kann, ist die am Schluss jedes Capitels angebrachte Inhaltsübersicht, die gewissermassen in kurzen Aphorismen eine Recapitulation des ganzen Capitels bildet. Ganz besondere Sorgfalt hat Verf. auf die Operationslehre verwendet, die ja bekanntlich als separates Buch im Buchhandel erschienen ist. Die Indicationen sind deutlich und scharf präcisirt, die Details der Ausführung der verschiedenen Operationen sind mit der grössten Genauigkeit und Klarheit geschildert und durch zahlreiche, vorzügliche Abbildungen illustrirt. Die äussere Ausstattung des Buches seitens der bewährten Verlagshandlung ist eine vorzügliche.

— r.

818. ***Die Suggestionstherapie und ihre Technik.*** *Von Dr.* ***Eduard Baierlacher,*** *prakt. Arzt in Nürnberg. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.*

Die Literatur der Suggestionstherapie ist in den letzten 4 Jahren rapid angewachsen und die mit dieser Heilmethode erzielten Erfolge machen es jedem praktischen Arzte zur Pflicht, dem Publicum gegenüber sich mit derselben vertraut zu machen. Die Broschüre *Dr. Bayerlacher's* bringt, ohne sich viel in den theoretischen Theil einzulassen, alles Wissenswerthe aus der Methodik des Suggestionsverfahrens nebst einigen Krankheitsgeschichten der vom Verfasser mittelst derselben geheilten Fälle. Die klare Darstellungsweise und Weglassung jedweder sinnverwirrenden Polemik müssen der kleinen Abhandlung entschieden als Vorzug angerechnet werden. *K—i.*

819. ***Fünfter Jahresbericht des Stadtphysikates über die Gesundheitsverhältnisse der königl. Hauptstadt Prag für das Jahr 1886.*** *Erstattet von Dr.* ***Heinrich Záhoř****, Stadtphysikus, k. k. Sanitätsrath. Prag, im Verlage der Gemeinderenten der königl. Hauptstadt Prag. 1889, 443 S., gr. 8⁰.*

Abgesehen von dem misslichen Umstande, dass der Bericht über die Gesundheitsverhältnisse in Prag im Jahre 1886 erst drei Jahre später das Licht der Welt erblickt, ein Umstand, der namentlich dadurch verursacht wird, dass der Bericht vor seiner Veröffentlichung in seiner Gesammtheit dem Stadtrathe zur Genehmigung vorgelegt werden muss, und dass erst nach erfolgter Annahme derselben die Zurechtlegung des deutschen Textes besorgt werden kann, wodurch die schrittweise Aufbesserung der sanitären Zustände nicht in dem Masse gefördert wird, als dies durch die eifrigen Bestrebungen des so tüchtigen Stadtphysikus erzielt werden könnte, ist der vorliegende Jahresbericht des Stadtphysikates der Hauptstadt Prag eine wahre Fundgrube für die mannigfachen Agenden, welche dem öffentlichen Sanitätsdienst in einer völkerreichen und industriereichen, überdies an manchen sanitären Uebelständen laborirenden Stadt erwachsen. Eine Aufzählung der einzelnen Capitel, welche den Inhalt des Berichtes bilden, wird dies bestätigen. Diese sind: I. Bericht über die Gesundheitsverhältnisse in Prag im Jahre 1886. II. Die Cholera im Jahre 1886. III. Hygiene der Wohnungen. IV. Hygiene der Gewerbe. V. Controle der Nahrungsmittel und der Gebrauchsgegenstände im Jahre 1886. VI. Trinkwasser. VII. Canalisation. VIII. Schlachtbänke. IX. Schulen. X. Friedhöfe, Begräbnisse und Leichenkammern. XI. Oeffentlicher Sanitätsdienst. XII. Berichte aus Anstalten. XIII. Veterinärbericht für das Jahr 1886. XIV. Die Desinfection im Jahre 1886. XV. Normalien für das Jahr 1886. Sowohl die Mitglieder der Verwaltungskörper grösserer und kleinerer Städte, als die mit dem öffentlichen Sanitätsdienst betrauten Aerzte, als auch die Hygieniker vom Fach werden aus dem vorliegenden Berichte zahlreiche Belehrung und Anregung schöpfen. *—h.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

820. ***Die Prognose der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.*** *Von Prof. Naunyn. Nach dem Vortrag, gehalten bei der XIII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Freiburg i. B. Strassburg. (Archiv. 20. 2. — Der Irrenfreund. 30. Jahrg. 11 und 12.)*

Vortragender hebt hervor, dass, obschon es in Einzelfällen von grösster Wichtigkeit sein kann, die Prognose einer syphilitischen Erkrankung möglichst bestimmt stellen zu können, doch in dem letzten Decennium gerade die Prognose der syphilitischen Erkrankungen einer eingehenden Behandlung nicht gewürdigt worden ist. Im Interesse der Patienten aber und des Arztes ist es zu wünschen, dass man die einzelnen Fälle nach den Aussichten, welche sie geben, sondere, damit man denjenigen, welche dies vor den anderen verdienen, besondere Sorgfalt zuwenden kann. *Naunyn* hält seine nicht unbedeutenden eigenen Beobachtungen für nicht umfangreich genug und hat deshalb noch die Literatur zur Entscheidung dieser Frage hinzugezogen. Zuerst berichtet er, dass von sämmtlichen Fällen syphilitischer Tabes paralytica und syphilitischer Dementia paralytica, welche er in den letzten 15 Jahren mit Inunctionscuren behandelte, nur ein mit Tabes paralytica behandelter Kranker eine geringe Besserung zeigte. Vortragender kann sich auf Grund seiner Erfahrungen dahin aussprechen, dass die Prognose der entwickelten Tabes dorsalis paralytica und der Dementia paralytica ganz unabhängig davon ist, ob Syphilis im Spiel ist oder nicht, und dass Quecksilbercuren bei beiden erfolglos sind. Dieselbe Erfahrung macht er in den Fällen der Polyneuritis. In einem Falle von Tabes spastica bei einem syphilitischen Mädchen wurde ein Zurückgehen aller Symptome durch eine Inunctionscur erreicht. Doch lassen sich auf diese eine Beobachtung keine allgemeinen Schlüsse bauen. Bei den anderen specifischen Erkrankungen des Nervensystems ist die Prognose entschieden nicht so traurig, wenn auch ernst genug. Nur wenig Fälle von dauernder Heilung nach antisyphilitischen Curen lassen sich in der Literatur finden. Unter 93 Fällen eigener Beobachtung konnte *Naunyn* 8mal dauernde Heilung (nach 5 Jahren) beobachten. Wahrscheinlich sind die Heilungen viel häufiger, werden aber nicht bekannt, weil die Kranken sofort nach Abschluss der Behandlung den Augen des Arztes entschwinden. Immerhin nimmt aber in der Mehrzahl der Fälle die specifische Erkrankung des Centralnervensystems einen ungünstigen Verlauf; unter diesen Fällen befindet sich ein nicht geringer Procentsatz, in welchen von Anfang an kein nennenswerther Erfolg erzielt wurde. In 10 von 88 klinischen Fällen *Naunyn's* fehlt jeder Erfolg, 49 wurden gebessert, 5 Kranke starben in der Klinik und 24 wurden geheilt. Aus der Casuistik in der Literatur gewinnt man ein günstigeres Bild; von 325 Fällen der Zusammenstellung *Naunyn's* wurden 155 (48%) geheilt, 170 (52%) nicht geheilt. Dieses Resultat erscheint offenbar zu günstig, weil die Zahlen nicht der Gesammtzahl von Beobachtungen der einzelnen Autoren entsprechen. Zur Bestimmung der Punkte, welchen im Einzelfalle Bedeutung für die Prognose beigelegt zu werden pflegt, verfügt Vortragender, nach Ausschluss der Fälle von Tabes dorsalis paralytica und Dementia paralytica, über 332 Fälle. Hierunter befinden sich 45 eigene und ungefähr 290 aus der Literatur gesammelte Beobachtungen. Aus diesem Material suchte *Naunyn* zunächst die Frage zu entscheiden, wie verschieden häufig die syphilitischen Erkrankungen des Nerven-

systems in den verschiedenen Altersstufen des Infectes sind: Er fand, dass die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems im ersten Jahre nach der Infection am häufigsten auftreten (44%), und dass die Häufigkeit von Jahr zu Jahr abnimmt. Vom 11. Jahre nach der Infection werden die Erkrankungen sehr selten und mit erreichtem 15. Jahre nach stattgehabter Infection äusserst selten. Auf die ganze Zeit nach dem 15. Jahre entfallen höchstens noch 10% der Gesammterkrankungen, welche überdies noch mit Recht als erste Infection angezweifelt werden können. Prognose: 1. Was die Abhängigkeit der Prognose vom Lebensalter anlangt, so ist das Verhältniss zwischen geheilten und ungeheilten Fällen in den verschiedenen Altersclassen 20—29 und 30—39 fast ganz genau das gleiche. Erst nach dem 40. Lebensjahre gestaltet sich die Prognose etwas ungünstiger. 2. Auch eine Abhängigkeit der Prognose davon, ob zwischen dem Auftreten der Nervenkrankheit und der Infection längere oder kürzere Zeit verflossen ist, ist kaum bemerklich. 3. Ebensowenig lässt sich eine Abhängigkeit der Prognose davon zeigen, ob zwischen der letzten anderweitigen Manifestation der Syphilis und dem Beginn des Nervenleidens längere oder kürzere Zeit verflossen ist. 4. Wichtig ist, wie lange vor Beginn der Behandlung die Krankheit des Nervensystems bereits bestanden hat. Die Prognose ist entschieden besser, wenn unmittelbar nach dem Auftreten der Affection mit der Behandlung begonnen wird; nachdem einmal die ersten 4 Wochen ungenutzt verstrichen sind, wird sie durch weiteres Abwarten bis selbst über ein Jahr nicht weiter verschlechtert. 5. Auch die Form der Erkrankung ist zur Beurtheilung der Prognose entschieden von grosser Wichtigkeit. Die Form der Epilepsie, der Hirnreizung (Kopfschmerzen), Schwindel bis zu Synkopeanfällen, Erbrechen und Erregungszustände, die neuritischen Affectionen (Neuralgien, Ophthalmoplegie, Lähmung der basalen Hirnnerven) geben entschieden eine viel bessere Prognose, als die übrigen Formen mit Monoplegie, Hemiplegie, Paraplegie, sowie die schweren diffusen und gemischten Formen, von welchen die ersteren weniger günstige, die letzteren sogar recht schlechte Heilresultate zeigen. Wo ein gutes Resultat der Behandlung, eine Heilung der Krankheit oder wenigstens eine ihr nahe kommende Besserung erreicht wird, da lassen fast immer die ersten Anzeichen der Besserung nicht lange auf sich warten. Ist bei Jodkaliumbehandlung bis Ende der ersten Woche, bei energischer Quecksilberbehandlung bis Ende der zweiten Woche gar kein Resultat erzielt, so sind nach *Naunyn's* Erfahrungen die Aussichten für jede dieser Behandlungsarten sehr gering. In 155 Heilungsfällen seiner Zusammenstellung constatirte in 45 Fällen Vortragender unzweifelhafte Besserung schon in der ersten Woche, in weiteren 18 Fällen in der zweiten Woche. Die günstige Wirkung der specifischen Cur zeigt sich gewöhnlich zuerst im Allgemeinbefinden. Eine energische Einleitung der Therapie ist dringend zu wünschen. Inunctionen von 5—10 Grm. steigend sind in Anwendung zu bringen.

Kleine Mittheilungen.

821. ***Chromsäure gegen Fussschweisse.*** Die Med.-Abtheilung des preussischen Kriegsministeriums hat im Jahre 1888 Versuche mit Chromsäure bei Fussschweissen angeordnet und erstattet nun über mehr als 10.000 derart behandelte Fälle Bericht. Die Application geschieht am besten durch Auftragen einer 5procentigen Lösung mittelst eines Haarpinsels; ein Fussbad wird voraus-



geschickt und der Fuss erst gründlich abgetrocknet. Die Wirkung der Säure besteht darin, dass die Haut zunächst derber und widerstandsfähiger wird. Die feuchten und gerötheten Stellen bekommen ein glattes, trockenes Aussehen. Der unangenehme Schweissgeruch verschwindet bald. In vielen Fällen genügte eine einmalige, meist eine 3—4malige Bestreichung mit dem Mittel, um anhaltende Besserung zu erzielen. Wo die Heilung nicht eine definitive war, wurde erst die Abstossung der derben Haut abgewartet, das nach 14 Tagen geschah, und sodann Chromsäure auf's neue aufgepinselt. Sofort nach dem Einpinseln wurde die Marschfähigkeit des Patienten bedeutend gehoben. Bei Gebrauch von 10procentiger Lösung sah man gewöhnlich keinen besseren oder rascheren Erfolg, wie bei 5procentiger Lösung. *(Der prakt. Arzt. 1889.)*

822. ***Sulfonal gegen Nachtschweisse*** fand *Böttrich* (Therap. Monatsh. 1889. 3) wirksam. Er gab einer 80jährigen Dame ¹/₄ Grm. Sulfonal als Schlafmittel, welche an ungemein profusen Nachtschweissen litt. Nach der Anwendung des ersten Pulvers fragte sie, ob in die Schlafpulver etwas gegen das Schwitzen gethan werde. Weitere Versuche ergaben, dass in den meisten Fällen Nachtschweisse durch ¹/₂ Grm. Sulfonal beseitigt werden. Die Wirkung des Sulfonal ist dem Atropin gleich, dabei ist es absolut frei von ungünstigen Nebenwirkungen. Auch ist seine Wirkung sehr nachhaltig, die Schweisse der zweiten Nacht wurden ohne Sulfonal als bedeutend geringer bezeichnet.

823. ***Die Behandlung der Chorea durch Ausruhen des Gehirns.*** *Von J. Leonard Corning in New-York. (The Medical Record. — Erlenmeyer's Centralbl. 1888.)*

Die Behandlung der Chorea muss hauptsächlich auf 3 Punkte gerichtet sein: auf Ruhe des Gehirns, Verhütung psychischer und somatischer, namentlich durch Licht und Geräusche hervorgerufener Reize. Dementsprechend lässt Verf. seine Patienten 10—15 und mehr Stunden hinter einander im dunkeln Zimmer verweilen, damit sie möglichst viel schlafen; wachen sie während dieser Stunden auf, so erhalten sie jedesmal etwas flüssige, leicht verdauliche Nahrung; schlafen sie danach nicht wieder ein, so erhalten sie ein beruhigendes Mittel (Brom). Die wenigen zum Wachen bestimmten Stunden werden mit leichter geistiger Arbeit, nicht erregenden Beschäftigungen etc. ausgefüllt. Ist dann die Hirnreizbarkeit gemildert, so gibt Verf. Arsenik, dessen Dosis er allmälig möglichst hoch steigert; gleichzeitig wendet er Galvanisation an (positive mit Eiswasser gefüllte Elektrode auf den Kopf, negative in den Nacken, halbstündige Sitzungsdauer).

824. ***Pilsner Bier als Diureticum.*** Bei einem marantischen Individuum mit Vitium cordis und sehr herabgesetzten Harnmengen liess *A. Gruss* Pilsner Bier verabreichen. Die Harnmenge stieg von 400 auf 1000—1500 Ccm. pro die. (Wien. klin. Wochenschr. 1889. 24.) Die Wirkung dürfte wohl dem Alkohol beizumessen sein, und zwar speciell der geringen Concentration, in welcher er im Pilsner Bier genossen wird: circa 2—3 Procent. Es hat *K. Lehmann* experimentell nachgewiesen, dass verdünnter Alkohol eine ganz bedeutende diuretische Wirksamkeit entfaltet. Bei dieser Gelegenheit sei auf die landläufig bekannte und oft beobachtete Thatsache hingewiesen, dass gelbe Rüben ebenfalls zu den Diuretica zu zählen sind. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1889. 14.)

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

825. ***Beiträge zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. Ueber spinale Dystrophien.*** *Von Prof. Hitzig in Halle. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 28.)*

Vor einem Jahre hatte *Hitzig* einen Fall von progressiver Muskelatrophie beschrieben, der die klinischen Zeichen eines spinalen Leidens trug, während die mikroskopische Untersuchung der Muskelstückchen Veränderungen, rein musculäre Krankheitsformen ergab. Das Muskelparenchym bestand nämlich aus Fasern von excessiv hypertrophischem bis äusserst atrophischem Kaliber, mit zahlreich centralen Kernen und höchst ausgesprochener Vacuolisirung. Klinisch betrachtet, hatte *Hitzig* den Fall den mehr chronischen Fällen von Poliomyelitis eingereiht und hatte bereits darauf hingedeutet, dass solche in Atrophie ausgehende Hypertrophie der Muskelfasern, die wir jetzt für charakteristisch, für primär musculären Process halten, auch bei primär spinalen Processen vorkomme. — Der Beweis wurde hierfür an einer an Poliomyelitis anterior acuta gestorbenen 24 Jahre alten Dame geliefert, die in früher Kindheit eine Kinderlähmung davongetragen und ziemlich plötzlich gestorben war. Makroskopisch fand sich nur rechtsseitig der Triceps surae und die Fussmuskeln erkrankt, die Wade rechts 6 Cm. reducirt, die Muskeln auf dem Querschnitt erschienen wie fetter Speck und nur an schmalen, peripherischen Streifen wie durchwachsener Speck, wo die streifige Muskelsubstanz noch gut erkennbar. Nervus tibialis, peroneus und die vorderen Wurzeln waren deutlich atrophisch, ebenso die ganze rechte Hälfte des Rückenmarkes, besonders das Vorderhorn, in der Lendengegend stark verschmälert. Mikroskopisch waren im Rückenmark ganz herdweise Veränderungen der entsprechenden Stellen, ebenso in den Wurzeln und Nerven. Die streifige Muskelschicht ergab zunächst bedeutende Fetteinlagerung. In den Muskelseptis sind Muskelfasern, die meisten sind atrophisch, andere noch hypertrophisch, letztere mit rundlicher nicht polygonaler normaler Contour. Viele Fasern haben centrale Kerne, auch Vacuolen. — Auf diese eigene und Anderer Erfahrung hin scheint nun festgestellt, dass das eigenthümliche Gemisch von abnorm grossen, normal entwickelten und abnorm dünnen Muskelfasern

bei unzweifelhaft spinalen Erkrankungen keineswegs selten vorkommt und Vacuolisirung nicht zu fehlen braucht. *Hausmann*, Meran.

826. ***Die Dauer der Lebensfähigkeit von Typhus- und Cholerabacillen in Fäcalmassen.*** *Von Prof. Dr.* **J. Uffelmann** *in Rostock. (Centralbl. f. Bacteriologie. 1889. 15—16.)*

Um die Lebensdauer der Typhus- und Cholerabacillen in faulenden Fäcalien zu ermitteln, versetzte Verf. frische Fäces und eine aus frischen Fäces und Urin, sowie eine aus alten Fäces und Urin eines Gesunden bestehende Excrementmasse mit grösseren oder geringeren Mengen einer frischen Typhusbacillencultur von Kartoffeln- oder schwach peptonhältiger Rindfleischbouillon, verrührte oder schüttelte stark, um möglichst gleichmässige Vertheilung zu erzielen, stellte eine Portion in einem vorher gereinigten und sterilisirten Glasgefässe mit weiter Oeffnung und Watteverschluss bei Zimmertemperatur, von 17—22° C., eine andere bei einer Temperatur von 10—0° und untersuchte von Zeit zu Zeit, durch Uebertragung von Proben auf frische Nährböden, auf Vorhandensein von Typhusbacillen. Die Versuche haben ergeben, dass der Typhusbacillus inmitten sich zersetzender Fäcalmassen eine grosse Widerstandskraft besitzt. Er vermag sich in ihnen unter Umständen volle 4 Monate lebend zu erhalten, zuweilen noch länger. Die Temperatur hat einen bedeutenden Einfluss auf die Lebensfähigkeit der Typhusbacillen, da eine Vermehrung nur in den bei mehr als 17° gehaltenen, nicht aber bei jenen unter 10° gehaltenen Massen constatirt wurde. Das Alter der betreffenden Fäcalien ist anscheinend von keinem Belange. Bemerkenswerth ist noch das Verhalten der Typhusbacillen gegenüber den Bacterien des Bodens. Trotzdem unter diesen viele schnell wachsende vorhanden waren, vermochten sie doch nicht jene zu unterdrücken, gingen vielmehr eher an Zahl im Verhältniss zu ihnen zurück. Es würde allerdings noch zu prüfen sein, ob jeder Boden das Wachsthum der Typhusbacillen in demselben Grade begünstigt, wie der von *Uffelmann* benutzte. Die Versuche mit Cholerabacillen ergaben, dass dieselben in menschlichen Fäces höchstens 4 Tage lebensfähig bleiben, wenn dieselben annähernd so gehalten werden, wie die Fäcalmassen in einer Abortgrube oder Tonne. In der Regel sterben sie schon früher ab; sie halten sich länger lebensfähig bei einer Temperatur über 16° als in einer solchen unter 9°. Jedenfalls bleiben sie volle 24 Stunden in Fäces lebensfähig, was von praktischer Wichtigkeit ist.

Schnirer, Wien.

827. ***Ueber Icterus, seine Entstehung und Behandlung.*** *Von Prof.* **Senator.** *(Berl. Klinik. Heft 1.)*

Der Icterus kann vorgetäuscht werden durch Intoxication mit Pikrinsäure, was die Gelbfärbung der Haut betrifft, und durch Rhabarber, Senna, Santonin und Chrysarobin, was die Färbung des Harnes anlangt. Anstatt der früheren Unterscheidung zwischen hepatogenen und hämatogenen oder besser gesagt cythämolytischen Icterus müssen wir nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse jeden wahren Icterus, d. h. jede durch Gallenfarbstoff bedingte allgemeine Gelbfärbung ansehen als die Folge eines Uebertritts von Galle aus der Leber in das Blut und haben nur



zu unterscheiden zwischen Icterus ohne und Icterus mit Polycholie. Durch das bei der Zerstörung oder Auflösung der Blutkörperchen in grosser Menge frei werdende Hämoglobin wird die Leber mit Material zur Gallenbildung überschwemmt, es entsteht also Polycholie, und ein Theil der in abnorm grosser Menge gebildeten Galle tritt durch die Lymphgefässe der Leber in's Blut zurück. Die Mehrzahl aller Fälle von Icterus ist bedingt durch Stauung und Resorption ohne Polycholie, insbesonders sind es alle chronischen und alle mit Entfärbung des Stuhles einhergehenden Fälle. Aber auch viele, oder die meisten der acuten oder subacuten und mit gefärbten Stühlen einhergehenden Fälle sind derselben Natur, namentlich wenn das Allgemeinbefinden dabei wenig oder gar nicht gestört ist. Icterus ohne Polycholie kann bedingt sein *a)* durch Hindernisse die innerhalb, und *b)* durch solche, die ausserhalb der Gallenwege gelegen sind. Icterus mit Polycholie entsteht *a)* durch massenhaften Untergang von rothen Blutkörperchen, welcher vorkömmt 1. bei gewissen Vergiftungen, 2. bei der periodischen Hämoglobinurie; *b)* durch Ueberschuss an rothen Blutkörperchen 1. bei Neugebornen, 2. bei Transfusion menschlichen Blutes in Fällen, wo nicht eine Abnahme rother Körperchen vorhergegangen war. Im Gefolge des Icterus können sich Störungen des Nervensystems, des Circulationsapparates und der Nieren entwickeln. Zu den ersteren gehören Mattigkeit, Hautjucken, Gelbsehen, Nachtblindheit, hier und da auch schwere Cerebralerscheinungen, was man dann cholämische Intoxication nennt. Circulationsstörungen sind Pulsverlangsamung, systolisches Geräusch über der Herzspitze, Neigung zu Blutungen. Erscheinungen von Seite der Nieren sind hyaline Cylinder mit und ohne Albuminurie und Abnahme der Harnmenge. Therapeutisch sind von Belang die Anregung der Peristaltik, die Verstärkung des Secretionsdrucks und die Verflüssigung der Galle, und endlich einige mechanische Hilfsmittel, als Massage, Elektricität. Von empirischen Mitteln bespricht Verf. die *Durande*'schen Tropfen und die Salpetersäure. *v. Buschman.*

828. ***Zur Bacteriurie.*** *Von Dr.* ***Alexander Peyer.*** *(Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. 1889. 14.)*

Verfasser bezeichnet mit *Roberts* als Bacteriurie eine mycotische Affection der Blase, bei welcher der Urin stets getrübt opalescirend, aber nicht stark sedimentirend entleert wird. Der Geruch eines solchen Harnes ist eigenthümlich stechend, die Reaction ist stark sauer. Die Trübung verschwindet nicht durch Filtriren und bleibt auch beim Erhitzen und bei Essigsäurezusatz unverändert. Das specifische Gewicht ist normal und bei der mikroskopischen Untersuchung constatiren wir unzählbare Mengen von Bacterien und nur sehr vereinzelte Leucocyten. Ist die Affection sehr hochgradig, so zeigt der nicht filtrirte trübe Harn eine leichte Eiweissreaction, während derjenige, welcher das *Pasteur*'sche Bacterienfilter passirt hat, die Eiweissreaction nicht mehr zeigt. Ein gewöhnliches Filter lässt den Bacterienharn vollständig trübe durch, weil die Maschen und Lücken desselben gross genug sind, um die Schizomyceten passiren zu lassen. Anstatt durch das *Pasteur*'sche Filter kann man den Urin nach *Ultzmann's* Angabe auch dadurch klar machen, dass man $1/2$ Eprouvette Harn mit



1—2 Ccm. kohlensaurem Baryt schüttelt und dann im gewöhnlichen Filter filtrirt. Da nur der bacterienhaltige Urin die leichte Eiweissreaction zeigt, so ist anzunehmen, dass letztere an den Lebensprocess der Bacterien gebunden sei. *Schottelius* und *Reinhold*, welche einen Fall von Bacteriurie bacteriologisch untersuchten, fanden die Bacillen in einem solchen Harn 5mal so lang als breit. Einzelne, zu langen Fäden ausgewachsene Exemplare zeigten in entsprechenden Abständen Quertheilung. Im hängenden Tropfen fand keine sichtliche Vermehrung der Bacillen statt. Der Harn scheint also im Körper des Patienten ad maximum mit Bacillen gesättigt zu sein. Bei Uebertragung auf Thiere erwiesen sich die Bacillen als nicht pathogen für diese. *Preyer* beschreibt mehrere von ihm beobachtete typische Fälle der Bacteriurie. Der 3. der beschriebenen Fälle betrifft eine circa 35jähr. Frau. Dieselbe klagt seit ungefähr vier Jahren, allmälig zunehmend, über grosse Müdigkeit und Verstimmung. Während Patientin früher ihren Urin nur zwei- oder höchstens dreimal in 24 Stunden löste, ist sie nun genöthigt, denselben Tags recht oft und sogar Nachts 1—2mal zu entleeren. Meist empfindet sie dabei ein irritirendes lästiges Gefühl. Besonders aber stark ist der Urindrang einige Tage vor den Perioden oder nach dem Genuss von Bier oder Weisswein. Auch Kaffee veranlasst immer einen starken Drang auf's Wasser. Seit einiger Zeit sind die Perioden auffallend lange anhaltend, schleppend, copiös; und trotzdem Frau N. mehrere Tage während derselben das Bett hütet, wollen sie nun nicht aufhören, was früher gar nicht der Fall war. Zugleich fällt der Patientin, noch mehr aber dem Manne derselben, ein starker, urinöser, widerwärtiger Geruch auf, der sich besonders im Schlafzimmer festsetzt. Eine innerliche Behandlung mit verschiedenen Medicamenten hat keinen dauernden Erfolg. Auch die von *Roberts* und *Fürbringer* empfohlene Salicylsäure bringt nur vorübergehend Erleichterung, d. h. der Harn riecht weniger intensiv und zeigt weniger Bacterien. Das Allgemeinbefinden dagegen ist gleich schlecht und auch der Geruch im Zimmer und im Bett verschwindet nicht. Heilenden Erfolg hatte die örtliche Behandlung: Blasenspülung mit sehr verdünnter Sublimatlösung in folgender Weise: „Zuerst wurde die Vagina mit einem Liter gekochten lauwarmen Wassers, dem 8—10 Tropfen *Krönlein*'scher 10proc. Sublimatlösung *(Hydrargyr. bichlor. corrosivi 500, Natr. chlor. 250, Acid. acet. dilat. 250, Aq. coct. 4000.* S. 10proc. Sublimatlösung) beigefügt sind, ausgespült. Dann wurde die Blase mit $^1/_2$ Liter gekochtem, lauwarmem Wasser, dem 1—2 Tropfen der genannten Sublimatlösung beigefügt, ausgewaschen, und zwar wurden auf einmal nur etwa 150 Ccm. Flüssigkeit in die Blase eingeführt, einige Minuten darin gelassen und dann wieder durch den Catheter entfernt. Die letzte Portion bleibt ungefähr 5—10 Minuten in der Blase und wird dann von der Patientin selbst gelassen. Hierauf wurde die Vagina mit 1‰ Sublimatwatte tüchtig ausgerieben und getrocknet und dann ein 5—6 Cm. langer Tampon eingeführt, der aus Sublimatgaze, gefüllt mit Sublimatholzwolle, besteht. Derselbe bleibt die ganze Nacht liegen, hält die Vagina trocken und verhindert zugleich die rasche Wiedervermehrung der Bacterien. Die örtliche Behandlung wird unterstützt durch



die innerliche Verabreichung von 0·5 Salicylsäure mehrmals täglich oder von 1proc. Borsäurelösung 4—5mal täglich 1 Esslöffel.“

—r.

829. ***Pigmentation der Haut nach innerlichem Arsengebrauch.*** *Von E. Haffter. (Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. 1889. 11.)*

Anknüpfend an die Demonstration von Dr. *Leszynsky* (Med. Rec. 1889. April 27) in New-York, Acad. of Med., betreffend ein 10jähr. Kind, welches nach längerem Gebrauch von Solut. Fowleri wegen Chorea ausgebreitete, dunkle Pigmentation der Haut zeigte, so dass man glauben konnte, es mit *Addison*'scher Krankheit zu thun zu haben, wobei es sich keineswegs analog der Argyrie um Ablagerung einer chemischen Verbindung des Arsens handelt, sondern um ein echtes, anormales, organisches Pigment, höchst wahrscheinlich umgeänderter Blutfarbstoff, berichtet Verf. über eigene diesbezügliche Erfahrungen: Eine 30jähr. Dame liess *Haffter* wegen eines stark juckenden Exanthems circa 1$^{1}/_{2}$ Jahre lang (mit geringen Pausen) täglich 3mal 5 bis 3mal 8 Tropfen *Fowler*'scher Lösung nehmen, mit vorzüglichem aber beim Aussetzen des Mittels nicht anhaltendem Erfolge. Ohne ärztliche Controle brauchte nun Patientin — weil dies nach ihrer Aussage der einzige Weg zu einem erträglichen Dasein war — noch weitere 2—3 Jahre Arsenik in genannter Dosis weiter (unter zeitweiliger Steigerung bis auf 3mal 10 Tropfen pro Tag). Als sie *Haffter* nach langer Zeit wieder einmal sah, fiel ihm die dunkle Gesichtsfarbe auf; die Farbe der Haut des Halses, Rumpfes und der Extremitäten war wie die eines hochgradig ausgeprägten Morbus Addisonii. Nachdem eine verheiratete Schwester der Patientin die physiologischen Schwangerschaftspigmentationen in einer ganz aussergewöhnlichen Extensität und Intensität zeigte, ist Verf. daraus zu schliessen geneigt, es möchte sich in genannter Familie um eine ererbte besondere Anlage zu Pigmentbildung handeln, so dass alle Pigment erzeugenden Momente in excessiver Weise zur Geltung und Wirkung gelangen. Viel überraschender als dieser Fall, wo schliesslich der aussergewöhnliche, lange Zeit fortgesetzte Gebrauch des Arsens auch aussergewöhnliche Erscheinungen rechtfertigt, war die folgende Beobachtung: 35jähr. Frau erhält wegen eines seit Jahren bestehenden Eczema squamosum capillitii: Solutio Fowleri, 3mal täglich 4 Tropfen, mit Steigerung bis auf 3mal 8 Tropfen. Daneben Localtherapie. — Nach viermonatlichem Gebrauche zeigte sich Patientin wieder, sie fiel sofort durch ihren dunklen Gesichtsteint auf, während Hals und Rumpf geradezu erstaunliche Pigmentablagerungen aufwiesen. — Während diese Patientin leichte Intoxicationserscheinungen anderer Art (Gastricismus, Uebelkeit, Leibschmerzen, trockener Schlund etc.) gezeigt hatte, war in ersterwähntem Falle jede unangenehme Nebenwirkung durchaus ausgeblieben.

—r.

830. ***Ein Fall von Phosphorvergiftung mit selten rasch letalem Ausgang.*** *Von Dr. N. Hammer. (Prager med. Wochenschr. 1889. 8. — Deutsche med. Wochenschr. 1889. 31.)*

Es handelte sich um eine 46jährige Frau, die circa 120 Centigramm Phosphor in Gestalt von Schwefelholzköpfchen zu

sich genommen hatte. Das geschah um 9 Uhr Vormittags, um $^1/_2$3 Uhr Nachmittags wurde sie stark collabirt in die Klinik des Prof. *Kahler* gebracht und starb dort trotz sofortiger Magenausspülung bereits nach 3 Stunden, also 9 Stunden nach Aufnahme des Giftes. Bemerkenswerth ist in diesem Falle der mikroskopische Befund am Gehirn, das nach der Methode von *Marchi* und *Algeri* gehärtet wurde. Bei der histologischen Untersuchung fand man das Bild hochgradiger Fettdegeneration in der Hirnrinde. Die Ganglienzellen der Hirnrinde waren fast durchwegs vollgefüllt mit dicht bei einander stehenden feinsten Fetttröpfchen. Verwechslung mit etwaiger Pigmentanhäufung in den Ganglienzellen konnte nicht gut statthaben, da die Fetttröpfchen durch ihre intensiv schwarze Farbe sehr deutlich zu erkennen waren. (Bei dem Verfahren kommt Osmiumsäure zur Anwendung.) Auch sonst war allenthalben im Gehirn zerstreut, und zwar besonders längs der Markscheiden der Nerven der angrenzenden weissen Substanz reichliche Verfettung wahrzunehmen. — Die Leber war wenig afficirt, ebensowenig waren erhebliche Gewebsveränderungen an den übrigen Organen wahrzunehmen.

831. ***Wirbelweh, eine neue Form von Gastralgie.*** *Von Dr.* ***Max Buch*** *in Willmannstrand (Finnland). (Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenhk. 1889. 11. — Deutsch. med. Zeitg. 1889. 61.)*

Der Sitz der nervösen Cardialgie ist nach den auf 40 Fällen basirenden Erfahrungen *Buch's* nicht der Magen; der Schmerz im Epigastrium bildet vielmehr nur einen Theil eines wohlcharakterisirten, vom Sympathicus ausgehenden Symptomencomplexes, dessen hervorragendste Erscheinung eine mehr oder weniger bedeutende Empfindlichkeit der vorderen Fläche der Wirbelsäule auf Druck durch die Bauchdecken hindurch ist. Das Wirbelweh kann sich über die ganze Lendenwirbelsäule erstrecken, bis über das Promontorium, wobei dann aber gewisse Theile derselben weniger, andere stärker empfindlich zu sein pflegen, oder es sind von vornherein nur einzelne Theile druckempfindlich. Ganz ebenso kann auch der spontane Schmerz die ganze Wirbelsäule betreffen; es wird auch nicht selten ein Schmerz angegeben, der bei Exacerbation des Leibwehs auftritt und an den Seiten des Brustbeins bis zum Schlüsselbein oder von der Mitte der Brust bis zur unteren Hälfte des Brustbeins reicht. In den meisten Fällen gelang es *Buch*, diese Schmerzen analog anderen Neuralgien durch Druck auf gewisse Punkte der Bauchwirbelsäule künstlich hervorzurufen. Begleitende Symptome sind Uebelkeit, (oft saures) Aufstossen, Heisshunger mit Uebelkeit (Flausein) etc. Das Wirbelweh ist meist Theilerscheinung der Neurasthenie, es kommt ferner bei Chlorose und besonders im untersten Theile der Wirbelsäule, bei Uterusentzündungen, Infarct, Endometritis vor, tritt jedoch auch völlig selbstständig auf. — Als anatomische Grundlage des Leidens sind die der Wirbelsäule aufliegenden Sympathicusgeflechte mit den Grenzsträngen anzusehen, welche sich in der Bauchhöhle dicht an die Wölbung der Wirbelkörper anlegen und die Lendenwirbel mit feinen Nervenzweigen versehen. Es handelt sich also um eine Neuralgie der Wirbelgeflechte des Bauchsympathicus. Therapeutisch haben sich Antipyrininjectionen (5 Proc.), täglich oder alle 2—4 Tage eine Spritze in die Bauchgegend,



oder bei Bestehen von Druckschmerzpunkten an diesen, bewährt. Es tritt gewöhnlich schon nach der ersten Einspritzung Besserung ein. Das Grundleiden darf selbstverständlich dabei nicht vernachlässigt werden.

832. ***Ueber undeutliche Aneurysmen des Aortenbogens.*** *Von* ***A. Cardarelli.*** *(Riforma med. 1888. 50 u. 51. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 31.)*

Verfasser unterscheidet von den latenten Aneurysmen des Aortenbogens, d. h. denjenigen, welche am Lebenden der Diagnose sich gänzlich entziehen, die undeutlichen (obscuren) Aneurysmen, d. h. solche, welche sich durch eine Reihe scheinbar unschuldiger Symptome ankündigen aber gerade durch die nöthige Achtsamkeit auf letztere und eine folgende genaue Untersuchung mit großer Wahrscheinlichkeit sich erschliessen lassen. Abgesehen von jenen Zeichen, welche aus den Beziehungen des Aneurysma zum Manubrium sterni, zu den benachbarten grossen Venen, zum Oesophagus und zum linken Bronchialstamm sich ergeben, sind es vor Allem zweierlei Symptomenreihen, welche die Entlarvung jener Aneurysmen ermöglichen; die Symptome, die aus den Beziehungen des Aneurysma zur Trachea und aus seinen Beziehungen zum linken Recurrens hervorgehen. Schon geringfügige Aneurysmen können tracheale Symptome zur Folge haben und objectiv wahrnehmbare Veränderungen erzeugen. Mässiger Hustenreiz, geringe Athemnoth, leichte Heiserkeit fordern Mangels einer deutlichen Ursache und wegen ihrer Hartnäckigkeit zur laryngoskopischen Untersuchung auf, welche drei Befunde ergeben kann: Compression, Verschiebung der Trachea, abnorme Pulsation an den Trachealringen, Befunde, deren jeder bei gehöriger Berücksichtigung des ganzen Krankheitsbildes und des Verlaufes auf die Diagnose hinzuführen vermag. Die Symptome seitens des Laryngeus sind noch wichtiger, insofern schon sehr kleine Aneurysmen mit geringer Druckwirkung sie herbeizuführen vermögen: Reizsymptome in Form eines suffocatorischen, dem Croupton ähnlichen Hustens und zeitweiliges Auftreten bedrohlicher Larynxstenose; Lähmungssymptome, namentlich in Form von phonischer Luftverschwendung und Aphonie. Pulsatorische Bewegungen des Manubrium sterni auf der Höhe der Exspiration bei starkem Druck auf das Sternum mit der palpirenden Hand; ausserordentliche Kleinheit oder das Fehlen des einen oder anderen Radialpulses oder Carotispulses werden unter Umständen die Diagnose des Aneurysma befestigen und seinen Sitz genau bestimmen helfen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

833. ***Wie schützt man sich gegen die Schwindsucht?*** *Von Dr.* ***Georg Cornet.*** *(Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftlicher Vorträge von Virchow und Holzendorf. Heft 77.)*

Die Untersuchungen von *Cornet* fesseln seit Jahresfrist die Aufmerksamkeit der ärztlichen Gesellschaft. Nicht Jedem aber sind die Originale leicht zugänglich, Manchem interessiren nicht

alle Experimente oder die tägliche umfangreiche Beschäftigung hindert, auf das Einzelne dieser Frage genau einzugehen. Für solche Fälle ist die vorliegende Arbeit selbst für Aerzte von grosser Bedeutung. Rasch über das Hauptsächlichste orientirt, wird der Leser in das Wesentliche dieser Frage eingeweiht und, wenn man will, auf die Kernpunkte der Sache hingeführt. Und es verlohnt sich, einer Krankheit, wie die Schwindsucht, die Tuberculose, näherzutreten. Welchen Schreck verursacht die Cholera, der in fast 30 Jahren in Preussen 223.000 Menschen erlegen sind — und doch rafft die Tuberculose alljährlich weit mehr Opfer dahin, ja $^1/_7$ der Menschen erliegt diesem Leiden. Eine gewisse Gleichgiltigkeit, sagt *Cornet* mit Recht, legen wir der Tuberculose gegenüber an den Tag, weil sie nicht jählings ihre Opfer befällt. Indem wir *Cornet's* Ausführung weiter folgen, müssen wir ihm beistimmen, dass die Tuberculosenfrage mit Recht eine brennende geworden, weil nach neueren Ergebnissen die Schwindsucht langsam und unmerklich, aber stetig fortschreitet. Hierzu kommt, dass nicht das 20.—30. Lebensjahr das gefährdetste ist, sondern nur das rascher unterliegende, das 40.—60. Jahr ist das öfter heimgesuchte! In jedem Alter, in jeder Himmelsrichtung tritt sie auf. Nicht nur die einzelne Familie, sondern nationalökonomisch ist der Staat schwer geschädigt, ebenso die Hospitäler, Krankencassen. Schon von jeher bemühte man sich, dem socialen Elende, dessen Wesen in Erblichkeit gesucht wurde, zu steuern. Kranke Eltern sollten keine Kinder zeugen. Jetzt wissen wir durch *Koch*, dass ein Bacterium von zarter stäbchenförmiger Gestalt, der Tuberkelbacillus, die Ursache der Krankheit abgibt, dass er nie bei Gesunden vorkommt und auf Thiere überimpft, diese genau mit tuberculösen Krankheitssymptomen erfasst und tödtet. Ein Mittel gegen den Bacillus hat man nicht gefunden, aber man fand, dass Tuberculose nicht unheilbar ist. Worauf dies beruht, lehrt die Beobachtung des Bacillus. Dass die eingeathmete Luft, die einzige Verbindungsbrücke zwischen Lunge und äusserer Umgebung des Menschen, den Bacillus einschleppt, ist sattsam erwiesen, aber nicht ausgeschlossen ist, dass er von der Hand in den Mund, von dort durch Wunden etc. weiter befördert werden kann, oder dass er durch das Fleisch tuberculöser Thiere, durch Milch perlsüchtiger Thiere in den Magen, von dort besonders nach fortgesetztem Genuss im Darm sich einlagert. Die Hauptsache bleibt die Einathmung. — Gährung, Fäulniss, Zersetzung werden durch überall vorzufindende Bacterien hervorgerufen, in der Luft, im Wasser, im Eise — überall finden sie sich. Der Tuberkelbacillus wächst aber glücklicherweise nicht ausserhalb des menschlichen und thierischen Körpers, er bedarf eines ganz besonderen Nährbodens, wie er in der freien Natur nicht vorkommt, und einer dauernden Temperatur von ca. 30° C. Deshalb ist seine Gefährlichkeit ungemein verringert. Nur im getrockneten Zustande vermag der Tuberkelbacillus sich bis zu $^1/_2$ Jahr am Leben zu erhalten, ohne sich zu vermehren. Also nur im menschlichen und thierischen Körper, dem passenden Nährboden, findet der Tuberkelbacillus die nöthigen Fortpflanzungsbedingungen und schon beim Austritt aus diesem müssten wir ihn vertilgen. Die Abgänge der Thiere oder deren Fleisch und



Milch müssen beachtet werden, die Hauptgefahr aber liegt im Auswurfe Schwindsüchtiger. Nun steht aber fest, dass niemals von feuchten Oberflächen durch Luftströmung die Bacterien sich loslösen können oder gar durch Verdunstung; daraus folgt, dass die von Schwindsüchtigen ausgeathmete Luft absolut ungefährlich ist, ebenso der Auswurf, falls er feucht gehalten wird. Getrockneter Auswurf aber kann durch die leiseste Erschütterung oder durch geringsten Luftzug Bacillen abgeben und als feinsten Staub an Wänden etc. ablagern und sie durch Einathmung in die Lungen bringen. Um aber in den Lungen zu verbleiben, muss der Staub feinst pulverisirt sein; deshalb und weil der gröbere Staub wieder ausgestossen wird, ist die Ansteckung eine relativ seltene. Es ist dadurch erklärlich, wie Krankenwärterinnen, Kinder der Schwindsüchtigen öfter unterliegen. In Folge des sehr langsamen Wachsthumes der Tuberkelbacillen ist die Entwicklung der Krankheit eine oft Jahre lang dauernde, so dass der Untergang oft erst eintritt, wenn die Ansteckungsurheber schon lange gestorben sind. In dichtbevölkerten Gegenden und ärmeren Classen, wo der Ansteckungshof gehäufter, ist die Schwindsucht natürlich reichlicher.

Wir stehen aber der Verbreitung der Schwindsucht nicht so hilflos gegenüber, da nicht die Ausathmungsluft zu fürchten, sondern einzig und allein der Auswurf, und zwar nur der getrocknete verstäubte die Gefahr bringt. Aber auch die bisherigen Methoden, den Auswurf zu entfernen, bringen die Gefahr. Das Taschentuch, der Fussboden, der Spucknapf werden hierzu benützt. Auf der Strasse, wo Regen u. s. w. befeuchtet, ist die Gefahr verschwindend, in geschlossenen Räumen aber gross. Das Taschentuch, in welchem der Auswurf trocknet und pulverisirt in Mund und Nase gelangt, ist der gefährlichste Ansteckungsherd, ebenso Betttuch und Hemden. — Die Belehrung des Schwindsüchtigen gehe dahin, nicht auf den Boden zu spucken, sondern in geeignete Spucknäpfe, welche mit Deckeln zu versehen, nicht mit trockenem Sande oder Sägespänen, sondern mit gewöhnlichem Wasser oder salzsaurer Carbollösung, aber nur kaum den Boden ausfüllend, zu versehen sind. Die Ausleerung geschehe in den Abort, weil dort die Fäulnissbacillen den Tuberkelbacillus zerstören. Hände müssen vom Auswurf sofort gereinigt werden. Ein Dampfdesinfectionsapparat reinigt Zimmer am sichersten. Im Rachen lasse der Patient den Auswurf nie, noch weniger darf er ihn verschlucken, plötzliche Hustenanfälle gestatten ein Taschentuch, um das Verspritzen des Auswurfes zu verhüten. Das Tuch werde sofort gereinigt. Nasenschleim enthält fast nie Bacillen, deshalb ist das Taschentuch dafür erlaubt. Das Küssen Brustkranker von Mund zu Mund ist gefährlich, besonders wenn der Schnurbart vorhanden. Gläser und Löffel können Ansteckungs träger sein, daher grosse Reinlichkeit nöthig. Der Schweiss des Schwindsüchtigen ist ungefährlich. Wäsche, Taschentücher, Hemden sind getrennt von der übrigen Wäsche zu waschen. Wo nöthig, ist Desinfection eine Stunde lang in strömendem Wasserlauf erforderlich. Reinigung der Wände geschieht am besten durch Abreibung mit frisch gebackenem Brote. Nach dem Tode müssen Teppiche, Sophas, Betten, Kleider, Wäsche, Vorhänge — kurz



alle nicht mit polirtem Holze oder Leder verbundenen Möbelstücke durch strömenden Dampf desinficirt werden. Bettfedernreinigungsanstalten entfernen nur den Staub, Bacillen zerstören sie meistens gar nicht. Wände, Oefen, Bilderrahmen des Sterbezimmers dürfen nicht trocken abgekehrt, sondern müssen mit frisch gebackenem Schwarzbrot abgerieben werden. Der Boden ist mit Bürste, Seife, Lauge, Wasser zu reinigen. Bisher gesunde Familien schützen sich vor Tuberculose durch Ueberwachung des Kindes von Geburt an, durch Ernährung und durch gesunde Ammen, durch Kuhmilch aus controlirten Ställen, durch Anwendung des *Soxhlet*'schen Apparates zur Sterilisirung der Milch, durch Verhütung des Küssens der Kinder von Anderen. Umgang der Kinder ist zu bewachen, ebenso Gesundheit der Dienstboten. Reinigung der Zimmer werde stets feucht vorgenommen, vermeide den Umgang mit Menschen, die auf Boden und Taschentuch spucken. In deren Beisein athme man öfter tief aus, nie tief ein. In allen Theilen des Hauses herrsche Reinlichkeit und die Vorstände der Curorte, der Theater, Wirthshäuser, Spitäler etc. mögen suchen, durch Aufstellung entsprechender Spucknäpfe, durch Reinlichkeit etc. die Principien dieser Vorschläge zu verallgemeinern. Die Behörden mögen durch geeignete Desinfectionsapparate, durch Besprengung der Strassen zur möglichsten Beschränkung der Schwindsucht beitragen. — Die genauere Lectüre der kleinen *Cornet*'schen Schrift wird Vielen zu grossem Segen gereichen. *Hausmann*, Meran.

834. ***Ueber gasförmige antiseptische Wirkungen des Chloroform, Formaldehyd und Creolin.*** *Von* ***H. Buchner*** *und* ***M. Segall.*** *(Münch. med. Wochenschr. 1889. 20.)*

Um die antiseptische Wirkung der Dämpfe der 3 genannten Substanzen zu prüfen, wurde eine Methode angewendet, die *Buchner* schon einmal bei der Untersuchung der gasförmigen Wirkung des Jodoforms gebraucht hat. Eine Gelatineröhre wird verflüssigt, mit der zu untersuchenden Bacterienart inficirt, gemischt und wieder erstarren gelassen. Dann wird in diese Röhre ein engeres kurzes, mit Chloroform etc. gefülltes Röhrchen so eingehängt, dass dessen offene Mündung circa 6 Cm. über der Oberfläche der Gelatine steht. Schliesslich wird mit einem gut schliessenden Wattepfropf verschlossen und das Röhrchen im Thermostat bei 22° C. beobachtet. Die eintretende antiseptische Wirkung der Dämpfe zeigt sich dann darin, dass eine Schichte der Gelatine von gewisser Höhe steril bleibt, während in der Tiefe die Entwicklung der Colonien in normaler Weise erfolgt. Dieselben Versuche wurden auch mit Glycerinagar gemacht, wobei die Keime in gewöhnlicher Weise aufgestrichen wurden. Chloroform und Creolin wurden unverdünnt, Formaldehyd in 10proc. Lösung angewendet. Die Chloroformdämpfe zeigten eine ausserordentlich starke antiseptische Wirkung, und zwar beinahe gleichmässig auf alle geprüften Bacterienarten (Staphylococcus pyogenes aureus, Bacillus prodigiosus, Pneumoniebacillus, Typhus-, Milzbrand-, Cholerabacillus etc.). Sehr beachtenswerth zeigte sich ferner die antiseptische Wirkung der Dämpfe von Formaldehyd, umsomehr, als die Substanz nur in 10proc. Lösung zur Anwendung kam. Die Creolindämpfe haben nur eine geringe antisep-

tische Wirkung; immerhin ist dieselbe stärker als jene der Carbolsäure, deren Dämpfe auf Gelatineculturen des Choleravibrio gar keine hemmende Wirkung üben. *Schnirer*, Wien.

835. ***Ueber Chloralamid, ein neues Schlafmittel.*** *Von Dr.* ***Ed. Reichmann.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 31.)*

Verf. hat auf der Klinik des Professor *Riegl* die hypnotische Wirkung des von *v. Mering* eingeführten neuen Hypnoticums versucht. Das Chloralamid ist ein Additionsproduct aus Chloralanhydrid CCl_3CHO und Formamid $CHONH_2$, hat also die Formel $CCl_3CH<^{OH}_{NHCHO}$. Dasselbe stellt farblose Krystalle dar und ist löslich in 9 Theilen Wasser und in anderthalb Theilen Alkohol von 96 Procent. Der Geschmack des Chloralamids ist milde, schwach bitter, keineswegs ätzend. Die wässerige Lösung — welche bei einer 60° C. nicht übersteigenden Temperatur hergestellt werden muss — ist haltbar. Sowohl die alkoholische, als auch die wässerige Lösung wird durch Zusatz von Silbernitrat nicht verändert; ebenso wirken schwache Säuren nicht darauf ein, während sie durch Aetzalkalien schnell, durch kohlensaure und doppeltkohlensaure Alkalien nur ganz langsam zersetzt wird. In Gaben von 3 Grm. gelang es mit demselben auch bei zwei Potatoren, die an intensiver Schlaflosigkeit litten, guten Schlaf zu erwirken. Zu 4 Grm. pro dosi bewirkte das Mittel auch bei neuralgischen Schmerzen mehrstündigen Schlaf. Gegenüber Chloralhydrat hat sich eine Verminderung des Blutdruckes durch Chloralamid nicht gezeigt. Auch üble Nebenwirkungen waren keine nachweisbar; nur wenn das Pulver am Tage gegeben wurde und der Eintritt des Schlafes sich etwas verzögerte, klagten die Kranken über mässigen Kopfschmerz. Verf. resumirt seine Erfahrungen dahin: Es entspricht das Chloralamid den Anforderungen vollkommen, welche wir an ein Hypnoticum stellen müssen: 1. Sichere, rasche Wirkung zeigte sich bei Dosen von 2—3 Grm., indem der Schlaf nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde eintrat, zuweilen etwas früher, selten später (ebenso rasch wie nach Sulfonal). 2. Fernbleiben von störenden und dasselbe unter Umständen contraindicirenden Nebenwirkungen, indem die Patienten sich beim Erwachen subjectiv wohl fühlten und objectiv im speciellen keine Aenderung der Blutcirculation beobachtet wurde. *—sch.*

836. ***Ueber die Anwendung von Antifebrin bei Angina.*** *Von Dr.* ***W. Sahli.*** *(Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. 1889. 12. — Der prakt. Arzt. 7.)*

Vor circa $1^1/_2$ Jahren hat *Sahli*, als er an einer heftigen Angina tonsillaris litt, die ihm sehr starke Schluckbeschwerden verursachte, wegen des begleitenden Kopfwehs am Abend des zweiten Tages 0·5 Antifebrin genommen und war sehr überrascht, als nach etwa einer Viertelstunde nicht nur der Kopfschmerz, sondern auch die Schluck- und Kaubewegungen fast ganz verschwunden waren. Am anderen Morgen, Mittag und Abend liess sich der wieder aufgetretene Schmerz mit Leichtigkeit durch 0·5 Antifebrin beseitigen, und so fort, bis die Angina in der gewöhnlichen Zeit geheilt war. Seither hat er das Mittel bei etwa einem Dutzend Fälle von gewöhnlicher Angina versucht und



probat gefunden, da es ausnahmslos die subjectiven Beschwerden bedeutend besserte oder ganz zum Verschwinden brachte. Auch bei Scarlatina mit starkem diphtheritischem Belag der Tonsillen hat *Sahli* das Antifebrin an sich selbst mit Erfolg angewendet. Bei Kindern zeigt sich noch der Vortheil, dass sie wegen des verminderten oder fehlenden Schmerzes leichter zum Gurgeln anzuhalten sind. Vor Allem aber wird durch die Schmerzlosigkeit des Schluckens die Nahrungsaufnahme sehr erleichtert, was bei einer Krankheit wie Diphtheritis von höchster Wichtigkeit ist. *Sahli* empfiehlt daher das Mittel bei Angina anzuwenden, er verabreicht das Antifebrin als Schüttelmixtur mit Spirituszusatz und einem beliebigen Syrup, in welcher Form es auch von Kindern gerne genommen wird.

837. ***Behandlung der Diphtherie mittelst Hydrotherapie nach Erfahrungen im Lübecker Kinderhospital.*** *Von Dr. A. Ph. Pauli in Lübeck. (Therap. Monatsh. 1888. December. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 28.)*

Auf Grund eines 180 Fälle von Diphtherie umfassenden Beobachtungsmaterials, von denen 110 mit der sogleich näher zu beschreibenden Methode behandelt wurden und bei welchen die Erfolge im Allgemeinen günstige waren, empfiehlt Verf. die zuerst von *Rauchfuss*, später von *Wachsmuth* in die Diphtherietherapie eingeführte hydriatische Behandlungsmethode weiterer Prüfung und Anwendung. Die Methode bezweckt durch fast ununterbrochen fortgesetzte Schwitzcur die diphtheritischen Membranen zum Schwinden zu bringen und besteht darin, dass die Kinder zunächst vollständig in *Priessnitz*'sche Umschläge eingepackt werden, darin 3 Stunden liegen bleiben, wonach die Kinder rasch mit kühlem Wasser abgerieben und eine Stunde in eine wollene Decke eingehüllt werden; in der 5. und 6. Stunde werden alsdann *Priessnitz*'sche Umschläge auf Hals, Brust und Leib gemacht; dieser 6stündige Turnus wird noch 2mal wiederholt, so dass das Kind von Morgens 6 bis Nachts 12 Uhr beständig im Schweisse liegt; daneben erhält das Kind reichlich Getränke, innerlich und zum Gurgeln Kali chloricum, zuweilen auch Inhalationen mit Wasser oder Hydrargyr. peroxyd. Die Cur wird sehr gut ertragen, das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand der Kinder bleiben nach Ueberstehen der Krankheiten ein vortrefflicher. Die Mortalität betrug bei dieser Behandlungsmethode 12·75 Procent.

838. ***Ein casuistischer Beitrag zur Werthbeurtheilung der absoluten Milchdiät bei Herzleiden.*** *Von H. Högerstedt. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIV. H. 1 u. 2. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 24.)*

Veranlasst durch die von *F. A. Hoffmann* in seinen Betrachtungen über absolute Milchdiät ausgesprochene Klage, dass keine zuverlässige Krankengeschichte existire, welche eine absolut durchgeführte Milchcur streng wissenschaftlich darstelle, bringt Verfasser den ausführlichen Bericht eines in der Dorpater Klinik von ihm genau verfolgten Falles von hochgradiger reiner Mitralstenose, bei dem die *Karell*'sche absolute Milchcur zu wiederholten Malen mit eclatantem Erfolge zur Anwendung gelangte. Aus dem Umstande, dass reine Mitralstenosen bei eingetretener Compen-



sationsstörung der therapeutischen Regulirung durch die üblichen Herzmittel mit den grössten Widerstand entgegensetzen, glaubt Verfasser im vorgeführten Falle ein besonders günstiges Object zur Beurtheilung des Einflusses absoluter Milchdiät auf die Herzthätigkeit zur Hand gehabt zu haben. Wie *Hoffmann* ausführt, sei das medicamentöse Herumexperimentiren an solchen hoffnungslosen Kranken, wenn der Nachweis geliefert werden könne, dass das rechte Herz nach links über die Mamillarlinie vergrössert ist, völlig nutzlos, denn dann habe man es mit der höchsten Dilatation und Schwäche des Herzens zu thun. Den Beweis für das Vorhandensein dieser bei seinem Fall soweit vorgeschrittenen Compensationsstörung erbringt Verfasser in sorgfältiger Weise. Und in der That leistete die nach einem kurzen, völlig missglückten Versuche mit Calomel in Anwendung gezogene Digitalis so gut wie gar nichts; auch Coffeïn wirkte nicht; die Herzkraft hob sich nicht und die Situation war unter den schweren Stauungserscheinungen und dem Kräfteverfall im hohen Grade drohend geworden. Dem gegenüber war der Erfolg der jetzt in Anwendung gezogenen und später im Verlauf der sechsmonatlichen Beobachtung noch 2mal wiederholten absoluten Milchdiät jedesmal ein schlagender. Die graphisch durch Curven veranschaulichte überaus günstige Wirkung auf Diurese und Puls liess sich jedesmal schon am 3.—5. Tage nach dem Beginn mit ausschliesslicher Milchdiät constatiren, und damit ging jedesmal eine auffällige Verminderung der Stauungserscheinungen und Besserung des Allgemeinbefindens einher. Aus den unter verschiedenen Diätversuchen gemachten Erfahrungen gelangt Verfasser unter Aufstellung dreier Gruppen von Nahrungsmethoden zu der folgenden Bilanz:

	Diurese	Albuminurie	Pulsfrequenz	Stauung	Allgemeinbefinden
Absolute Milchdiät	Nimmt stark zu und bleibt hoch	Nimmt schnell ab und verschwindet	Geht herab bis zu und unter die Norm	Nimmt ab bis zum Verschwinden	Bessert sich auffallend
Vorwiegend Milchdiät	Nimmt allmälig ab	Nimmt constant zu	Nimmt sehr allmälig zu	Nimmt sehr allmälig zu	Verschlechtert sich allmälig
Volle Kost	Ist sehr gering	In gleich bleibender Menge vorhanden	Hält sich auf bedeutender Höhe	Erreicht hohe Grade	Ist schlecht

Es sei wichtig, an der langsamen Steigerung der aufzunehmenden Milchmengen und Verabreichung in kleinen Portionen *(Weir-Mitchell)* festzuhalten. Angesichts der Schwierigkeiten, die sich der Durchführung wiederholter absoluter Milchcuren entgegenstellen, ist in solchen Fällen der Retter aus der Noth nicht zu leicht und bald aus der Hand zu geben. Denn während nach *Hoffmann's* Ausführungen unter anderen Bedingungen die absolute Milchnahrung entschieden Hungerdiät sei, könne sie beim kranken, vor Arbeit und unnöthigen Wärmeverlusten be-

hüteten Menschen wie bei dem noch arbeitslosen und durch die Sorgfalt der Mutter vor unnöthigen Wärmeverlusten geschützten Kinde zur Bildungsdiät werden. Ja, noch mehr! Wir besitzen in der absoluten Milchdiät bei Compensationsstörung, respective Insufficienz des Herzens, soweit uns die pathologisch-anatomischen Verhältnisse nicht Schranken setzen, ein Heilmittel, welches auch dann noch die Herzkraft zu heben und die Blutbildung günstig zu beeinflussen im Stande ist, wenn an der Wirksamkeit jeglichen medicamentösen Eingriffes vollständig verzweifelt werden muss!

839. ***Hyposulphite bei Wuthkrankheit.*** *Von Dr.* ***Newth.*** *(Wiener med. Blätter. 1889, 1, pag. 12. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 31.)*

Die unterschwefligsauren Salze, welche bei der Behandlung der Septicämie eine Rolle spielen, sollen auch Erfolg versprechen bei der Lyssa. Gleich nach dem Bisse verordnet *Newth* 0·3 bis 0·4 Grm. Natrium- oder Magnesiumhyposulphit 4stündlich mehrere Wochen lang. Bei Ausbruch der Krankheit wird dieselbe Dosis stündlich oder 2stündlich angewandt, daneben Dampfbäder oder Heissluftbäder, oder laue, protrahirte Bäder, welche ein unterschwefligsaures Salz enthalten. Auch subcutane Injectionen oder Rectalinjectionen sind zu verwenden.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

840. ***Orthopädie der Hüftgelenks-Contracturen und Ankylosen.*** *Von Dr.* ***Lorenz.*** *(Sammlg. med. Schriften. — Wr. klin. Wochenschr. 1889.)*

Bei der gegenwärtig allgemein üblichen Behandlung der Coxitis (Kälte, Gypsverband, *Taylor*'sche Stelze) tritt wegen der ungenügenden Dauer der Ruhigstellung des Gelenkes in corrigirter Haltung sehr häufig die Ausheilung in Contracturstellung ein. Zur Behebung dieser wird fast ausnahmslos die *Volkmann*'sche Osteotomia subtrochanterica geübt. *Lorenz* weist nun darauf hin, dass die Ursachen der Contractur viel häufiger in den das Gelenk umgebenden Weichtheilen liege, als im Knochen und dass es daher ein falscher Weg ist, den die Chirurgie eingeschlagen habe, indem sie a u s n a h m s l o s jede Hüftgelenkscontractur durch Knochenoperationen beseitigen wolle. Insbesondere nach tuberculöser Coxitis, der wohl weitaus häufigsten Form dieser Erkrankung, wird die Hüftgelenksdeformität nach der Ausheilung fast nie eine knöcherne Anchylose darstellen. *Lorenz* schlug in 3 Fällen mit bestem Erfolge folgendes operative Verfahren ein: Er durchtrennt die Haut von der Spina ant. sup. an der Vorderseite des Hüftgelenkes 5—6 Cm. nach abwärts, sodann bei kräftigem Auseinanderziehen der Wundränder in querer Richtung die Gracilis, Adductor longus und brevis, den inneren Rand des Adductor magnus etwas unterhalb ihrer Insertion am Schambeinaste. In einem von den drei Fällen genügte schon diese Operation, um eine vollkommene Contractur (der 35gradigen Adduction in ebenso starke Abduction und vollkommenen Umsturz) herbeizuführen, in den zwei anderen Fällen schloss *Lorenz* hieran

noch die lineare Osteotomie oberhalb des kleinen Trochanters, welche sich leicht von der offenen Myotomiewunde aus ausführen liess. Eine Keilincision ist nach *Lorenz* gänzlich überflüssig. Nach Beseitigung der von den contrahirten Weichtheilen gebotenen Reductionshindernisse ist es möglich, die lineare Osteotomie ganz nahe dem Scheitel des winklig ankylotischen Gelenkes anzulegen, die bei entsprechender Nachbehandlung (streng antiseptischer Verband, Widerstandsgymnastik, Gehübungen) ein functionell vorzügliches Resultat ergibt. Ein sehr praktischer Coxankylometer, den *Lorenz* angibt, ermöglicht in ziemlich genauer Weise die Aufnahme der coxitischen Deformitäten in Graden. *Rochelt.*

841. ***Eine neue Operation zur Heilung der Incontinentia urinae.*** *Von Dr.* ***Gersuny.*** *(Centralbl. f. Chir. 1889. 25.)*

In einem Falle von Incontinentia urinae (Epispadie mit Offenbleiben des Sphincter vesicae), bei welchem zwei operative Eingriffe, das Ausschneiden eines Längsstreifens aus der Urethra und die *Pawlik*'sche plastische Operation, ohne Erfolg geblieben waren, löste *Gersuny* die Urethra durch kreisförmige Schnitte ringsum ab bis gegen den Arcus pubis. Er rotirte nun die beweglich gewordene Harnröhre um 180° und fixirte sie in dieser Lage durch Nähte. Durch diese Rotationen wurde selbstverständlich das Lumen der Harnröhre wesentlich verkleinert und es entstand ein ganz passabler Erfolg, indem beim Sitzen und Liegen das Harnträufeln aufhörte. In der Folge wiederholte *Gersuny* die Operation noch zweimal, vermehrte die Drehung um 90° und später abermals um 180°, und erzielte hierdurch einen vollkommenen Erfolg, indem die Patientin bis 5 Stunden den Urin zurückzuhalten vermag. *Gersuny* hält die Operation zunächst indicirt für Fälle, in welchen der Sphincter vesicae fehlt oder bleibend unbrauchbar geworden ist. Auch bei Männern war sie ausführbar. Die Torsion soll so weit fortgesetzt werden, bis ein dünner Catheter nur unter Ueberwindung eines leichten Widerstandes eingeführt werden kann. *Rochelt.*

842. ***Ueber Verengerung und Verschluss in den verschiedenen Abschnitten des Magendarmcanals und deren chirurgische Behandlung.*** *Von Dr.* ***E. Staffel*** *in Chemnitz. (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 342.)*

Verf. berichtet über die in der Dresdener Diaconissenanstalt innerhalb der letzten $5^1/_2$ Jahre an 55 einschlägigen Fällen gemachten Erfahrungen. In diese Zahl sind nicht eingeschlossen 1. die carcinomatösen Stricturen des Oesophagus, soweit sie permeabel waren, 2. die an eingeklemmten Hernien behandelten Kranken. Die im Berichte aufgenommenen Kranken litten: *a)* an in die Speiseröhre eingekeilten Fremdkörpern und an impermeabeln Stricturen derselben, bedingt durch Carcinom oder Narbe; *b)* an carcinomatöser Stenose des Pylorus; *c)* an Verengerung und Verschluss in den übrigen Abschnitten des Darmtractes, bedingt durch die verschiedenartigsten Ursachen, als Abknickung, Drehung von Darmschlingen, oder durch von der Darmwand selbst ausgehende Carcinome. Was die verschluckten Fremdkörper betrifft, so sind die Schlingbeschwerden manchmal so hochgradig, dass die Patienten an Erschöpfung oder Erstickung zu Grunde gehen.



Die bei weitem grösste Gefahr liegt jedoch in der Möglichkeit der Perforation und Gangrän der Trachea mit secundärer septischer Phlegmone des umgebenden Bindegewebes. Es muss also auf alle Fälle der Fremdkörper baldmöglichst entfernt werden. Die Gastrotomie, wie sie heute durch die verschiedenen Autoren ausgebildet ist, ist eigentlich eine relativ ungefährliche Operation. Was die Stenosen des übrigen Darmcanals anlangt, so unterscheidet Verf. den acut auftretenden Darmverschluss und die sich chronisch entwickelnde Darmverengerung. Je nachdem der erstere im Duodenum und oberen Jejunum, oder im unteren Jejunum und Ileum, oder im Colon sitzt, sind die Erscheinungen sehr verschieden, was Verf. an dieser Stelle sehr anschaulich schildert und durch instructive Krankengeschichten begründet und erläutert. Ganz anders wieder gestaltet sich das Bild der chronischen Darmstenose, deren häufigster Sitz der Dickdarm, deren häufigste Ursache das Carcinom des Rectum und Colon ist. Auch hier wieder ist die Schilderung der einschlägigen Symptome und Vorführung der Krankengeschichten sehr anschaulich und lehrreich. — Im weiteren Verlaufe der interessanten Arbeit entwickelt Verf. seinen Standpunkt bezüglich der Therapie der Verengerungen und Verschliessungen des Darmes. Handelt es sich um sehr hochsitzende Occlusion im Duodenum, so ist selbst durch Laparotomie kaum etwas zu hoffen. Bei Sitz im unteren Dünndarm und im Colon sind Opium und Eingiessungen oft von Erfolg; wo nicht, so treten die chirurgischen Eingriffe in ihr Recht. Sind die Erscheinungen nicht stürmisch, so kann abgewartet und symptomatisch behandelt werden; tritt aber ein stürmischer Verlauf ein, so muss sofort zur Aufsuchung des Hindernisses durch Laparotomie geschritten werden, und gibt dabei der Verf. dem von *Mikulicz* angegebenen Verfahren den Vorzug. Was die carcinomatösen Stricturen des Mastdarmes und auch des Colons anlangt, so stellt Verf. die Regel auf, jedes Rectalcarcinom, so lange es noch gegen die Umgebung verschiebbar, grosse Abdominalmetastasen nicht nachweisbar und der Kräftezustand des Kranken leidlich, entschieden durch Excision, resp. Resection des Rectum zu entfernen. Hierbei legt er auf die Verschiebbarkeit des Tumors weit mehr Gewicht, als auf den etwaigen hohen Sitz der Geschwulst, in welchem Falle die Resection des Steiss- und Kreuzbeins sehr gute Dienste leistet. Ebenso wie das Carcinom sind die übrigen Stricturen des Mastdarms zu behandeln, sobald sie das Rectalrohr breit und ringförmig verengen. Bei Inoperabilität des Carcinoms, sowohl des Colon wie des Rectum, und weiterhin bei vollständigem Colonverschluss durch ein Carcinom räth Verf., stets die Colostomie zu machen, deren Schilderung und kritische Besprechung der verschiedenen Methoden und Verbesserungen den Schluss der höchst lesenswerthen Arbeit bildet. Wenn Verf. uns auch nichts Neues bietet, so behandelt er sein Thema doch so anschaulich und erschöpfend, als es eben in dem knappen Rahmen eines klinischen Vortrages möglich ist, und darin liegt zweifellos ein grosser Vorzug des für den Praktiker ganz besonders lehrreichen und anregenden Aufsatzes. Ein Anhang bringt die tabellarisch gehaltenen Krankengeschichten von 20 Fällen von Excisio, resp. Resectio recti. *v. Buschman.*



843. ***Vesicaler Prostatismus.*** *Von **F. Guyon.** (Ann. des malad. des org. génito-urin. 1889. 2. — Centralbl. f. Chir. 1889. 30.)*

Verf. versteht unter dieser Bezeichnung die Symptome, welche das 3. Stadium der Prostatahypertrophie charakterisiren und durch eine Veränderung des Blasenmuskels hervorgerufen werden. Es kann dieser Zustand, welcher als Altersveränderung aufzufassen ist, aber auch ohne Vergrösserung der Prostata auftreten. Es handelt sich bei dem „vesicalen Prostatismus" um eine bindegewebige Degeneration der Blasenmusculatur, welche im Laufe der Jahre zu ganz ausserordentlichen Ausdehnungen der Blase führen kann. Die durch die ausgedehnte Blase gebildete Geschwulst hat schon öfters zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben. Von den klinischen Symptomen der Blasenerweiterung sind namentlich 2 von besonderer Wichtigkeit: die Polyurie, welche auf eine bindegewebige Degeneration der Nieren schliessen lässt, und die Hämaturie, verursacht durch die bei stärkerer Blasenerweiterung niemals fehlenden Congestivzustände der Schleimhaut. Die primäre Ursache des Prostatismus sieht Verf. in einer Arteriosclerose der Nieren, Blase und Prostata. In manchen Fällen scheint Heilung eintreten zu können. Therapeutisch ist es von Wichtigkeit, die Blase nicht auf einmal zu entleeren, indem es sonst meist zu starken Blutungen kommt. Der Catheterismus muss unter den strengsten antiseptischen Cautelen vor sich gehen. Bei Cystitis sind Ausspülungen mit concentrirten Borsäurelösungen am Platze.

844. ***Ueber partielle Ovarien- und Tubenexstirpation.*** *Von **August Martin.** (Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 343.)*

Verf. gibt die Krankengeschichten von 17 einschlägigen Fällen, die er dann in zwei Tabellen zusammenfasst, von denen die erste 10 Fälle von partiellen Excisionen im Ovarium umfasst, die andere 7 Fälle von Resectionen der Tube, nach Entfernung der Adnexa der anderen Seite. Uebersieht man dieses Material, so ergibt sich aus Tabelle I, dass bei zehn meist jungen Frauen neben dem einen schwer erkrankten dringend zu entfernenden Ovarium, das andere wesentlich verändert war. Dreimal handelte es sich um kleine Cystome, dreimal um grosse Hydropsien *Graaf*'scher Follikel; in den übrigen Fällen lagen verschiedene Formen der Oophoritis chronica vor. In der anderen Tabelle sind die 7 Fälle vereinigt, bei denen die Entfernung der Adnexa der einen Seite 3mal in Folge puerperaler Erkrankung, 2mal sicher in Folge von gonorrhoischer Infection von Tube und Eierstock nothwendig wurde. Im 7. Falle handelte es sich um eine tubare Extrauterinschwangerschaft. Bei allen 7 Fällen fand sich die Tube der anderen Seite atretisch, meist in peritonitische Schwielen eingebettet. Für die Werthschätzung eines solchen operativen Verfahrens muss das fernere Geschick dieser Kranken massgebend sein. Es ist also festzustellen: 1. Wie gestaltet sich der unmittelbare Heilungsverlauf? 2. Wie ist das weitere Geschick der so operirten Frauen? In Verf.'s Fällen war der Heilungsverlauf ein ganz gleichmässig günstiger. Alle Patienten beider Tabellen haben weiter menstruirt, und zwar in 14 von 17 Fällen von Anfang an schmerzlos und in normaler Quantität. Drei Frauen von den in Frage kommenden 10 haben concipirt.

Erneute Erkrankungen im Ovarialreste und im resecirten Stücke der Tube wurde unter 17 Fällen 3mal beobachtet. Die oben gestellten Fragen nach dem Erfolge dieser partiellen Resectionen lassen sich also folgendermassen beantworten: 1. Die partiellen Exstirpationen von circumscripten Ovarialveränderungen stören den Process der Reconvalescenz von der Operation nicht. 2. Ebensowenig stört die Resection der atretisch und sonst erkrankten Tuba die Heilung. 3. Das spätere Verhalten der 17 Patienten lässt erkennen, dass solche Frauen mit resecirten Ovarien und Tuben nicht mehr der Erkrankung der resecirten Organe ausgesetzt sind, als andere Frauen. 4. Allen so Operirten bleibt die Fortdauer der Menstruation gesichert. 5. Allen bleibt die Fähigkeit der Conception. *v. Buschman.*

845. ***Ueber Leukämie bei Schwangeren und angeborene Leukämie. Zugleich Beitrag von dem Uebergange geformter Elemente von der Mutter auf die Frucht.*** *Von* ***M. Sänger*** *in Leipzig. (Arch. f. Gynäkol. Bd. XXXIII, H. 2, pag. 161.)*

Sänger beobachtete einen Fall von Leucaemia lienalis bei einer 32jährigen Primigravida. Die Milz war stark vergrössert. Die Lymphdrüsen waren dagegen unbetheiligt. Das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen war wie 1 : 15. Da im weiteren Schwangerschaftsverlaufe die Milzvergrösserung zunahm und sich die allgemeinen Beschwerden — Schlaflosigkeit, Leibschmerzen, Schwächezustand u. dergl. m. — steigerten, so wurde im 9. Graviditätsmonate die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Die Geburt ging leicht von statten, der Blutverlust hierbei war nur ein geringer und auch das Puerperium verlief normal. Post partum befand sich die Kranke wohler, doch machte späterhin der Process weitere Fortschritte, so dass ein halbes Jahr post partum ein weisses Blutkörperchen auf zehn rothe kam und die Milz noch grösser war. Das lebend geborene Kind zeigte keine Zeichen der Leukämie, sein Blut war normal, ebenso jenes seines Placentarantheiles und seiner Nabelstranggefässe. — Aetiologische Anhaltspunkte über die leukämische Erkrankung der Person konnte *Sänger* nicht eruiren. Er sagt, das Zusammentreffen von Leukämie und Schwangerschaft ist selten. Die Leukämie scheint die Conceptionsfähigkeit nicht zu beeinflussen, wohl aber die Menstruation, die spärlich wird oder ganz cessirt. Die Ovulation ist bei dem Leiden oft erhalten. Während der Gravidität schreitet das Leiden rascher vor und kann dadurch das Allgemeinbefinden so verschlechtert werden, dass spontane Frühgeburt eintritt. Ist das Allgemeinbefinden ein schlechtes geworden, so ist eventuell die künstliche Frühgeburt angezeigt. — Geburt, sowie Puerperium werden durch die Krankheit nicht beeinflusst. Ausser dem mitgetheilten Falle sind nur noch solche von *Cameron*, *James L. Green*, *Ingle* und *Paterson* bekannt, doch sind einige der letzteren zweifelhaft. Die zweite Hälfte der Publication behandelt die Leukämie Neugeborener. Hier theilt *Sänger* den anatomischen Befund einer frisch abgestorbenen hydropischen leukämischen Frucht, die von einer gesunden Mutter geboren wurde, mit. Es bestand allgemeiner Hydrops und Oedem. Die Lebergefässe, die Placentargefässe, das Knochenmark u. dergl. m. zeigten massenhafte Leuco-

cyten und nur spärliche rothe Blutkörperchen (im Verhältnisse wie 1 : 3). Auch in der Milzpulpa waren fast nur Leucocyten zu finden. Die Leberacini enthielten massenhafte kleine Lymphome. Der Fall glich dem im Jahre 1878 von *Klebs-Jacksch* publicirten, der auch eine hydropische leukämische Frucht bedingt. Die Mutter des Kindes, welche *Sänger* anatomisch untersuchte, war gesund. Aus dem Befunde bei der leukämischen Schwangeren und bei dem leukämischen Kinde entnimmt *Sänger*, dass die Placenta eine undurchdringliche Scheidewand zwischen Mutter und Frucht bildet, welche keine geformten Elemente passiren lässt.

Kleinwächter.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

846. ***Ungewöhnlich gestalteter Fremdkörper im rechten Bronchus; Operation, Genesung.*** *Von **Burnside Forster**. (Northwestern Lancet. Oct. 1888, 1, pag. 258. — Centralbl. f. Chir. 1889. 31.)*

Ein junger Mann hatte eine kleine Pfeife (Maultrommel), beim Spielen derselben lachend, verschluckt und klagte über ein Druckgefühl in der Gegend des Jugulum. Bemerkenswerth war ein pfeifendes Geräusch, das man bei der Einathmung in den oberen Lungenabschnitten hörte, und das beim Husten so stark wurde, dass man es auf einige Entfernung noch wahrnehmen konnte. Als die Beschwerden zunahmen, entschloss Patient sich zur Operation, und der Fremdkörper wurde mittelst der langen *Mackenzie*'schen Zange durch die Tracheotomia inferior entfernt. Derselbe war halbkreisförmig, etwa 2 Cm. im Halbmesser haltend.

847. ***Das Aluminium acetico-tartaricum und seine Anwendung bei Nasenkrankheiten.*** *Von **Arnold Holste**. Aus der Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten in Göttingen. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 30. — Allg. med. Centr.-Zeitg. 1889. 61.)*

Die Doppelverbindung der essigweinsauren Thonerde, welche im Gegensatz zu dem officinellen Liqu. alum. acet. in Pulverform darzustellen ist, kann in kaltem, destillirtem Wasser, nicht aber in Alkohol, Aether oder Glycerin gelöst werden. Die Wirkungsweise ist eine caustisch-adstringirende und eine energisch desinficirende. Bringt man das Al. ac.-tart. in Pulverform auf eine Schleimhaut, so lässt dieselbe schon nach kurzer Zeit ($^1/_2$ Minute) eine leichte Anätzung erkennen. Daran schliesst sich eine ungleich lange dauernde und verschieden starke seröse Absonderung. Nach 2 Tagen fallen die geringen Aetzschorfe ab, und bald darauf hat die Schleimhaut ihr gewöhnliches Aussehen wiedererlangt. Die desinficirende Eigenschaft der essigweinsauren Thonerde ist eine sehr energische und hat niemals Vergiftungserscheinungen zur Folge. Bei der Application in der Nase sind als unerwünschte, aber sehr seltene (2 unter 100) Nebenwirkungen, Schnupfen, Kopfschmerz und vorübergehender Geruchsverlust, beobachtet worden, die jedoch recht bald verschwinden. Indicirt ist das Al. ac.-tart. nach *Schäffer* und *Lange* „bei allen mit Borkenbildung einhergehenden Krankheiten der Schleimhäute des oberen Respirationstractus"; demnach in Anwendung zu bringen

bei Rhinitis chronica, besonders Ozaena, Pharingitis sicca, sowie chronischen Nasenrachencatarrhen. Bei Laryngitis ist es jedoch nur dann zu benutzen, wenn es sich um sehr starke Secretion und eventuelle Borkenbildung handelt. Die Wirkung kommt derjenigen einer 20⁰/₀igen Argent. nitr.-Lösung gleich. Sodann empfiehlt *Lange* das Mittel bei „chronisch-eitrigen Mittelohrentzündungen mit und ohne Vegetationsbildung in der Trommelhöhle und im Gehörgang". Durch diese übereinstimmenden Mittheilungen veranlasst, wurde das qu. Mittel auch in der Göttinger Ohrenklinik des Prof. *Bürkner* seit einiger Zeit erprobt. In Anwendung kam hier die Pulverform, respective eine 20—25⁰/₀ige Lösung des Medicamentes bei nachstehenden Erkrankungen der Nase (bei Ohraffectionen wurde von seiner Benutzung Abstand genommen): 1. Bei wenig ausgebreiteter Geschwürsbildung der Nase macht sich nach einer Insufflation des Pulvers in Folge der Empfindlichkeit der gesunden Nasenschleimhaut eine zu starke Reizung geltend, so dass man nach Verf. das Mittel, wenn überhaupt, nur mit Borpulver oder einem indifferenten Stoffe vermischt appliciren darf. Die mit der 20—25⁰/₀igen Lösung getränkten Tampons werden in den meisten Fällen nicht vertragen. 2. Bei Polypen liess sich in mehreren Fällen ein in erster Linie durch die beträchtliche Wasserentziehung bedingter Schwund constatiren, welcher mit einer unfehlbar sich einstellenden, zunächst nur vorübergehenden, subjectiven Erleichterung verbunden war. Gelungen ist die Heilung in 3 Fällen — ob auf die Dauer, ist noch unentschieden. Am besten bewährte sich das Mittel zur Zerstörung der Polypenwurzel neben galvanischer Cauterisation. Die Lösung wurde nicht gebraucht. 3. In allen Fällen von Ozaena wurde die Lösung gut vertragen; nur darf man einen damit getränkten Tampon nicht zu lange liegen lassen. Bei 21 Patienten machte man alle 1—3 Tage Insufflationen, nur 3mal mit mässigem, im Uebrigen mit sehr befriedigendem Erfolge. Derselbe bestand im Nachlassen, respective Aufhören des Fötors und einer erheblichen Verminderung der Borkenbildung. In einer Reihe von Fällen wurde die Behandlung viele Monate hindurch fortgesetzt; wenn sie auch niemals völlig aufgegeben werden konnte, so bedurfte es doch zuweilen nur in Intervallen von 8—10 Tagen einer neuen Insufflation des Pulvers. 4. Bei 47 Patienten mit Rhinitis chronica hypertrophicans wurde das Pulver angewandt, und zwar bei 33 zuerst und ausschliesslich, bei 6 abwechselnd mit Boraxglycerintampons; bei 8 Patienten nach Benützung aller möglichen Mittel, sowie in den freien Zeiten zwischen galvanocaustischen Operationen, hier jedoch nicht rein, sondern mit Acid. boric. ana oder 1 : 2. Immer trat rasche Abschwellung auf. In 8 Fällen, darunter 5 Kinder, machte sich eine starke Reaction gegen das Mittel bemerkbar; 6 davon gewöhnten sich aber sehr bald daran, und nur bei zwei Kindern musste mit der Insufflation aufgehört werden. Die seröse Absonderung war in allen Fällen eine sehr erhebliche und bedingte nach kurzer Zeit eine merkliche Abschwellung der Schleimhaut, welche letztere zugleich in Folge der adstringirenden und ätzenden Wirkung an Stellen, an welchen sich kein Schorf gebildet hatte, sehr beträchtlich abgeblasst erschien. Dementsprechend



empfanden alle Patienten eine bedeutende subjective Erleichterung, welche zunächst mindestens mehrere Stunden, meist einen bis drei Tage, mit fortschreitender Heilung dann immer länger anhielt. Die Aluminiumlösung zeigte sich weniger wirksam als Tanninalkohol oder Boraxglycerin. — Nach *Holste* besitzen wir in der genannten Doppelverbindung ein Mittel, welches neben der stark adstringirenden eine energisch desinficirende Wirkung entfaltet, ohne die toxischen Eigenschaften der übrigen Antiseptica zu besitzen.

848. ***Ueber genitales Nasenbluten.*** *Von Dr. Joal. (Revue mensuelle de laryngologie. 1888. 2. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1889. 7.)*

Die neuen Arbeiten über die Anatomie der Nase zwingen dazu, das Nasenbluten in verschiedene Kategorien einzutheilen; man unterscheidet demnach: 1. traumatisches und ulceröses, 2. dyscrasisches, 3. mechanisches, 4. vasomotorisches, durch Turgescenz des erectilen Gewebes, hervorgerufen durch directen Reiz oder Reflexe. Zu letzterem gehört das von den Autoren als essentielles, spontanes, idiopathisches Nasenbluten beschriebene. Aeltere und die neueren Autoren stimmen darin überein, dass das spontane Nasenbluten meistens in der Pubertät auftritt, jedoch ohne den causalen Zusammenhang näher zu beleuchten. Bei genauer Beobachtung findet man, dass die Plethora, die Anämie, die directen Reize nicht als ursächliche Momente in allen Fällen gelten können, sondern dass man das genitale Element mit annehmen muss. Verf. zeigt durch Beispiele, dass ein intimes Verhältniss zwischen dem Genitalsystem und dem Geruchorgan besteht; Citate aus eigener Praxis und der anderer Autoren beweisen diesen Connex hinlänglich: die durch den Coitus oder sonstige sexuelle Excesse hervorgerufene Turgescenz des erectilen Gewebes der Nase führt zu den sogenannten genitalen Nasenblutungen; hierher muss man die meisten Fälle von sogenanntem vicariirendem Nasenbluten rechnen. Durch Beispiele thut Verf. hinreichend dar, dass Masturbation eine häufige Ursache des Nasenblutens ist, aber nicht in Folge von daraus entstehender Anämie, wie *Germain Sée* behauptet, sondern durch Reflexwirkung auf das nasale, cavernöse Gewebe.

Dermatologie und Syphilis.

849. ***Harnuntersuchung zur Prüfung des Sitzes der Gonorrhoe.*** *Von H. Goldenberg. (The Med. Record. New-York. Vol. 34. Nr. 24.)*

Verf. ist der Ansicht, dass die *Thompson*'sche Probe oft nicht genüge, um zu unterscheiden, ob eine Urethritis anterior oder posterior vorliege. Er empfiehlt den vorderen Theil der Harnröhre vor dem Uriniren auszuwaschen, und zwar mit heissem Wasser von 110—120° Fahrenheit, wodurch zugleich — nach *Curtis* — ein Heilzweck verfolgt werde. Darauf erst lässt er den Patienten in 2 Gläser hintereinander uriniren, und ist in ihnen der entleerte Harn getrübt, so ist es klar, dass diese Trübung nur aus dem hinteren Theile der Harnröhre oder Blase stammen kann, und zwar: Ist die Pars posterior der Harnröhre erkrankt,



so ist die Flüssigkeit im ersten Glase getrübt, ist die Blase erkrankt, so findet sich in beiden Gläsern Trübung. *Sternthal.*

850. ***Ueber die Herstellung von Flächenbildern der Oberhaut und der Lederhaut.*** *Von L. Philippson. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. 9.)*

Philippson versuchte eine Methode zu finden, Oberhaut und Lederhaut möglichst unversehrt von einander zu trennen und so Flächenbilder zu erhalten, welche die bisher durch Schnittpräparate erhaltenen Anschauungen vervollständigen, resp. corrigiren könnten. Nach verschiedenen Experimenten stellte es sich als das beste heraus, die zu untersuchenden Hautstückchen je nach der Grösse 1—3 Tage in $^1/_3$—$^1/_4$proc. Essigsäure zu legen. Um Fäulniss zu vermeiden, kann man zweckmässiger Weise der Essigsäure einige Tropfen Chloroform beifügen. Die Oberhaut kann man alsdann bei durchfallendem Lichte ohne Weiteres untersuchen, während man die Papillarschichte behufs Untersuchung erst mit dem Messer von der Cutis abtrennen muss. Es ist nicht möglich, die Einzelheiten der Befunde mitzutheilen, welche *Philippson* mit dieser Methode erhielt, hier soll nur das Resultat seiner Untersuchungen kurz zusammengefasst werden. Nach den Untersuchungen von *Blaschko* befindet sich entsprechend jeder Furche der Fuss- und Handfläche an der Epidermisunterfläche eine Leiste, die sogenannte Falte, und entsprechend der Mitte der Risse, wo die Schweissporen vorhanden, eine zweite Leiste, die Drüsenleiste. *Blaschko* hatte für das erste Leistensystem, das unproductiv ist, den Namen „Falte" gebraucht, weil er seine Entstehung von einer Einfaltung der gesammten Oberhaut ableitet. Der *Unna*'schen Auffassung folgend wendet sich *Phillipson* gegen diese Ansicht. Er nimmt an, dass zuerst die Stachelschicht nach unten leistenartig durch Proliferation vorgetrieben wird und dass bei mangelndem Nachwuchs die Hornschicht und die Körnerschicht, im Masse als die Stachelschicht verhornt, allmälig einsinkt. *Philippson* nennt nach dieser Anschauung die Furchen der Vola manus und Planta pedis (*Blaschko's* Falten) „Senkungsfurchen" und die den Furchen entsprechenden Leisten der Stachelschicht (zu *Blaschko's* Falten gehörig) „unproductive Leisten" (im Gegensatz zu den Drüsen-, den productiven Leisten). Diese Senkungsfurchen finden sich indessen nicht nur an Hand- und Fussfläche, wiewohl sie dort am tiefsten sind, sondern auch überall anderswo in den bekannten, polygonalen Feldern der Haut. Hier sind nur die Epidermisleisten nicht so hoch und auch nicht parallel einander verlaufend (wie an der Hohlhand), sondern bilden ein gleichmässig ausgebreitetes Netz. Oder anders ausgedrückt: Zwischen hohen und in Reihen stehenden Papillen, wie in der Hohlhand, sind tiefere und regelmässigere Furchen vorhanden als zwischen den niedrigeren und unregelmässig vertheilten Papillen der übrigen Haut. Man sieht: Die Senkungsfurchen stehen in Beziehung zur anatomischen Structur der Stachelschicht. Secundär entwickeln sich dann durch Knickung und Spannung der Haut die Knickungsfurchen, quer über die Gelenke verlaufend, und die Spannungsfurchen, als complicirtes Farbennetz über die gesammte Haut sich ausspannend. Das Entstehen der letzteren erklärt sich genauer durch Zug, welcher



auf ein überall gleichmässig angelegtes Leistennetz der Stachelschicht wirkend, dasselbe stellenweise abgeflacht und schliesslich ganz zum Verschwinden gebracht hat. Dadurch wird die Epidermis dünner und sinkt ein; die Papillen werden in das Niveau der Cutis hinabgezogen und die allmälig durch den Zug sich vermindernde Spannung ihrer Bindegewebsbündel mit den elastischen Fasern lässt sie in Form von Furchen einsinken. An einem Präparate eines Flächenbildes einer Stria gravidarum und eines Lichen ruber planus-Knötchens sucht Verf. seine Auffassung von der Entstebung der Spannungsfurchen zu beweisen. *Sternthal.*

851. ***Therapeutische Notizen aus der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis.*** *Von Prof.* ***Lassar.*** *(Aus Börner's Med.-Kalender. 1889.)*

Die grosse Reizbarkeit, welche viele Personen der Anwendung von Salben gegenüber besitzen, tritt in viel selteneren Fällen störend hervor, seit statt der Fette poröse Pasten und unzersetzliche Salbengrundlagen benutzt werden, und man ist im Stande, mit Pasten auch solche zu behandeln, deren Haut auf jede andere Salbe in heftiger Weise reagirt. Zur Herstellung einer Paste wird ganz reines Vaselin oder Lanolin mit Zinkoxyd und Amylum langsam verrieben. Die Zink-Amylum-Vaselin-Pasten werden am besten im Verhältniss Vaselin 2 Theile, Zinkoxyd 1 und Amylum je 1 Theil, zusammengesetzt und lassen sich mit den meisten üblichen Mitteln ohne Weiteres mischen. Diese Pasten trocknen in ziemlich kurzer Zeit an und können mit etwas Watte und einigen ganz dünnen hydrophylen Mulltouren zu einem absaugenden Dauer-Trocken-Verband benutzt werden, den man nur bei Durchnässung oder lebhaftem Jucken wechselt. So kann man anhaltende Einwirkung des Medicamentes, vollständigen Luftabschluss, Erweichung infiltrirter Stellung und Eintrocknung oberflächlicher Exsudationen herbeiführen. Der Luftabschluss mildert an sich das Jucken und gibt den besten Schutz gegen das Kratzen — namentlich kleiner Kinder. Für Gesicht und Körpertheile, an denen Verbandstücke schwer anzubringen sind, kann man durch Aufstreuen reichlicher Puderlagen auf die eingepastete Haut eine ganz glatte und trockene Schicht herstellen. Mit Oelläppchen lässt sich die angetrocknete Paste erweichen und entfernen. Vorzüglich bewährt sich die Pastenbehandlung gegen Eczem jedweder Provenienz, namentlich bei Zusatz von 2% Salicylsäure. Die Formel lautet alsdann:

Rp. *Acid. Salicyl.* 2·0
Vaselin. flavi 5·0
Zinc. oxyd.
Amyli ana 24·0
M. len. terendo exactiss. f. pasta.

Bei parasitären Leiden (wie Herpes tonsurans, Herpes squamosus) ist ein Zusatz von Sulfur praecipitatum (10%), Sozojodol (5—10%) oder Resorcin (5%, 10%, selbst allmälig bis 20%) von Nutzen, wie sich überhaupt fast jedes Hautmittel auf diesem Wege wirksam appliciren lässt. Selbstverständlich können auf behaarten und nicht rasirten Körpertheilen die Pasten keinen Platz finden, vielmehr müssen an ihre Stelle Vaselin- oder Lanolin-Salben treten. Bei gewöhnlichen trockenen oder nässen-



den Kopfeczemen der Kinder nimmt man mindestens 1—2mal täglich eine Chamillen-Abseifung (ohne jede Gewalt) vor und lässt dann sehr ausgiebig Salicyl-Vaselin mit Benzoë-Tinctur einsalben:

Rp. *Acid. Salicyl.* 1·0
Tinct. Benz. 2·0
Vaselin. flavi ad 50·0

Zur wesentlichen Unterstützung der Intertrigo-Behandlung dienen Bepinselungen mit 3% Lapislösungen, welche der Einsalbung vorhergehen. Dieselben sind auch sonst vielfach verwendbar, ebenso 1% Arg.-Salben. Hartnäckige, eitrige Haarbodenentzündungen weichen oft überraschend schnell durch reichlichen Gebrauch von

Rp. *Hydr. sulfurati rubri* 1·0
Sulfur. sublimati 24·0
Vaselin. flavi oder *Lanolin. Liebr.* 75·0
Ol. Bergamtt. gtt. XXV.
M. f. ungt. S. Zinnobersalbe.

Bei gewerblichen Fingereczemen, deren Hartnäckigkeit Patient und Arzt oft gleichmässig zur Verzweiflung treibt, empfiehlt sich eine Kamphersalbe von der Zusammensetzung:

Rp. *Hydr. praecip. rubr.*
Camph. trit. ana 2·0
Ungt. rosat. 30·0

Auch der *Unna*'sche Zinkbenzoëpflastermull ist für diese Art Leiden verwendbar, namentlich wo es auf eine reizlose Maceration der entzündeten Haut ankommt. Diese Gitter-Pflastermulle, deren es bekanntlich eine grosse Anzahl von verschiedener Zusammensetzung gibt, zeichnen sich durch Bequemlichkeit in der Anwendung, Handlichkeit und Sauberkeit aus. Das Salicyl-Seifenpflaster (10%) und das Carbolbleipflaster mögen hier besonders erwähnt werden. Die *Hebra*'sche Salbe ist in hohem Grade abhängig von der Güte ihrer Zusammensetzung und sollte möglichst stets frisch bereitet und — ehe das Oel ranzig wird — verbraucht werden. Ihre Wirksamkeit wird wesentlich durch Zusatz von Carbolsäure erhöht:

Rp. *Acid. phenyl.* 1·00
M. c. Ungt. Diachylon Hebrae recenter parati 50·0

oder

Rp. *Empl. Lithargyr. simpl.*
Vaselini ana 25·0
len. ign. misc.
c. Acid. carbol. 1·0

S. Carbolisirte Hebra-Salbe.

Von ähnlicher Zusammensetzung ist folgende, sehr wirksame Frostsalbe:

Rp. *Acid. carbol.* 0·5
Vaselin.
Ungt. Plumbi ana 10·0
Ol. Olivar. 5·0
Ol. Lavand. gtt. XX.
M. f. ungt.



Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

852. ***Beitrag zur Lehre von der Herkunft des Fruchtwassers.*** *Von Dr.* **Nagel** *in Berlin. (Archiv f. Gyn. Bd. 35. 1. H.)*

Verf. versucht in seiner Arbeit auf Grund anatomischer Untersuchungen einen bestimmten Factor in der Fruchtwasserfrage, nämlich die embryonalen Harnsecretionsorgane näher zu beleuchten. Auf Grund seiner histologisch-embryologischen Untersuchungen und auf Grund unserer Kenntnisse über die Entwicklung des Urogenitalsystems in den verschiedenen Thierclassen, aus denen hervorgeht, dass die *Wolff*'schen Körper bei Menschen und Thieren einen fast gleichen Bau haben, nimmt Verf. an, dass auch beim Menschen eine Absonderung der Urniere in die Amnionflüssigkeit stattfindet und dass mithin das Fruchtwasser auch in der ersten Zeit der Gravidität, zum Theile wenigstens, ein Endproduct des embryonalen Stoffwechsels darstellt. Da die Rückbildung des *Wolff*'schen Körpers beim Menschen am Ende des 2. Monats beginnt, so schliesst Verf., dass die Niere von diesem Zeitpunkte an die Function des *Wolff*'schen Körpers nach und nach übernimmt. Der anatomische Bau der fötalen Niere um diese Zeit lässt eine solche Deutung ganz wohl zu. Eine Zeit lang wirken beiderlei Secretionsorgane, das provisorische und das bleibende, gemeinschaftlich. So lange keine eigentliche Harnblase besteht, fliesst der abgesonderte Harn in den Amnionsack ab. Später erst findet eine periodische Entleerung der Harnblase statt. Verf. äussert sich mit einem Worte dahin, dass der in die fötale Blase gelieferte Harn während der Gravidität von Zeit zu Zeit in das Fruchtwasser entleert wird. *v. Swiecicki.*

853. ***Ueber die Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten.*** *Von* **Kraus.** *(Zeitschr. f. Heilkunde. 1889. X. 2. u. 3. — Wr. klin. Wochenschr. 1889. 30.)*

Mit Hilfe eigener im pharmakologischen Institut in Prag ausgearbeiteter Methoden, deren ausführliche Mittheilung an anderer Stelle Verf. in Aussicht stellt, hat *Kraus* an dem Materiale der *Kahler*'schen Klinik in Prag die Reactionsabweichungen des Blutes auch unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen beim Menschen festzustellen versucht. In methodischer Hinsicht hält *Kraus* daran fest, dass auch für die Zwecke der pathologischen Forschung bei Berücksichtigung aller nöthigen Voraussetzungen die Blut-CO_2 den exactesten Maassstab der Alkalescenzverhältnisse des Blutes darstellt. Seine CO_2-Analysen im Blute beziehen sich auf die Zahl von 30 an gesunden und kranken Menschen angestellten Untersuchungen. Das Blut, in welchem die CO_2-Bestimmungen und die Titrationen vorgenommen wurden, waren in allen Fällen aus der Vena mediana durch Aderlass genommen. Der erste Theil der Untersuchungen, am gesunden Menschen angestellt, zeigt, dass die Säurecapacität (Alkalescenz) des Blutes auch in den normalen Verhältnissen ziemlich starken Schwankungen unterworfen ist. Seine Werthe scheinen etwas niedriger als die von *v. Jaksch* gefundenen. Bei den Untersuchungen am fiebernden Kranken wurde darauf gesehen, dass sie ausser



Milch und Wasser kein anderes Nahrungsmittel (auch keinen Alkohol) erhielten, von der Behandlung des Fiebers wurde entweder ganz abgesehen oder dieselbe erst nach ausgeführtem Aderlass begonnen. Aus diesen Untersuchungen nun, die sich zum Theile sowohl auf Bestimmung der Basiscapacität (Acidität) als der Säurecapacität (Alkalescenz) beziehen, geht hervor, dass ohne Rücksicht auf den verschiedenen Charakter der Infection im venösen Blute fiebernder Menschen der CO_2-Gehalt sinkt, verschieden rasch nach erfolgter Infection, mit der Schwere des Infectionszustandes einen gewissen Parallelismus zeigt und entsprechende Zeit nach erfolgter Entfieberung wieder ausgeglichen wird. Der verminderte CO_2-Gehalt des Blutes im Fieber ist der Ausdruck der verminderten Alkalescenz desselben, wie dies die Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der directen titrimetrischen Bestimmung *(v. Jaksch)* nachweist. Bei drei Fällen von Diabetes mellitus mit Coma hat *Kraus* übereinstimmende Resultate nicht erhalten, in zwei Fällen hatte die Alkalescenz und der CO_2-Gehalt beträchtlich abgenommen, und liess sich das Bestehen einer Säureintoxication in diesen Fällen nachweisen. Bei dem dritten Falle stand der CO_2-Gehalt des Blutes an der unteren Grenze der normalen Werthe, während die Alkalescenz keine Abweichung zeigte. Es lag hier wirklich ein Diabetikercoma vor, wenn auch keine diabetische Intoxication im gewöhnlichen Sinne, da die Ausscheidung von Oxybuttersäure und Acetylessigsäure fehlten. Es geht daraus hervor, dass diabetische Intoxication und Diabetikercoma sich nicht vollständig decken, sondern dass die erstere, resp. die durch sie gesetzte Verminderung der Blutalkalescenz nur einer bestimmten Form des Diabetikercoma eigenthümlich ist. Hieran reiht sich eine Blutuntersuchung bei einem Falle von Phosphorvergiftung. Es stellte sich da heraus, dass unter dem Einfluss von Phosphor das Blut von seiner Alkalescenz (resp. seinem CO_2-Gehalt) mehr als 50% einbüssen kann. Bei einigen Blutkrankheiten (zwei Fälle von Chlorose, ein Fall von Leukämie) konnten sicher verwerthbare Resultate nicht gefunden werden.

854. ***Ueber Empfindungen und Reflexbewegungen, welche bei Rückenmarkskranken durch die Summation schwacher sensibler Reize ausgelöst werden.*** *Von Prof.* ***O. Rosenbach.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 13. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 31.)*

Bei Rückenmarkskranken mit herabgesetzter Sensibilität (Tabes, Compressionsmyelitis), welche eine genau fixirbare Reizschwelle erkennen lassen, lässt sich auf Summation schwacher sensibler Reize (Betupfen der Fusssohle mit dem Fingernagel, kleine, kurze Reibebewegungen mit der Volarfläche des Zeigefingers) Folgendes constatiren: 1. Es findet eine Summation der schwachen Reize statt; denn die Pat. markiren mit grösster Exactheit nach einem gewissen, individuell und bei den einzelnen Versuchen sehr variirenden und von der Stärke des Reizes abhängigen Intervalle, die Empfindung eines tactilen Reizes. 2. Die Intervalle sind um so kleiner, je mehr sich der Reiz dem Schwellenwerth nähert. 3. Die Intervalle nehmen an Grösse ab, wenn mit der Reizung ohne Aufhören fortgefahren wird, sie



bleiben annähernd gleich, wenn nach jeder Perception eine längere Pause in der Reizung eintritt. 4. An beiden Unterextremitäten sind die Intervalle zwischen zwei Perceptionen nicht gleich. 5. Bei temporärer Besserung des Kranken wurden die Intervalle kürzer. 6. Die Summationsreize haben fast immer grössere oder geringere Reflexbewegungen in der gereizten oder anderen Extremität zur Folge. 7. Oefters wird die Reflexbewegung eher ausgelöst als die subjective Empfindung des Reizes. Diese Befunde erklären sich nach *Rosenbach* am besten so: Der Schwellenwerth repräsentirt etwa diejenige Kraftmenge, welche erforderlich ist, die gesammte Nervenbahn oder einzelne Strecken in den Zustand der Leitungsfähigkeit zu versetzen. Die Erreichung dieser Kraftmenge würde durch die Summation der schwachen Reize, deren Kraft nicht unbenutzt verloren gehen kann, erst allmälig erlangt werden und daraus die besprochenen Intervalle resultiren.

855. ***Beiträge zur Anatomie und Histologie der Verruca vulgaris.*** *Von Georg Kühnemann. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. 8.)*

Nach einer historischen Einleitung über Begriff und Histologie der „Warzen" und auf Grund eigener histologischer Untersuchungen, welche im Originale nachzulesen sind, kommt *Kühnemann* zu dem Resultate, dass die gewöhnliche Warze (Verruca vulgaris) nicht durch active Hypertrophie oder Verlängerung der Lederhautpapillen und daraus resultirender Verdickung der entsprechenden Oberhautschichten entsteht, sondern dass sie eine selbstständige Erkrankung der Epidermis (Epidermidose) darstellt. Diese Krankheit kommt neben einer Hypertrophie der gesammten Oberhaut vor Allem zum Ausdruck in einer atypischen Verhornung. Die Verruca vulgaris gehört deshalb zu den Erkrankungen der Hornschicht (Keratonosen) oder genauer zu den reinen Verhornungsanomalien (Keratosen). Und in der Reihe dieser nimmt sie ihre Stelle unter den Anomalien ein, welche sich durch „Abweichungen vom Typus des Wachsthums" charakterisiren und die man als Dyskeratosen (Parakeratosen) bezeichnet.

Sternthal.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

856. ***Dritter Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers.*** *Von Prof. Leopold in Dresden. (Archiv f. Gyn. 35. Bd. 1. H.)*

Verf. gibt uns einen Rückblick auf 1369 Geburten des vorigen Jahres, welche in der Dresdener Entbindungsanstalt vorkamen. Von den 1369 Frauen sind im Ganzen 15 gestorben = 1·09%. Nur 4 Infectionstodesfälle fallen der Klinik zur Last = 0·27%! Was das Puerperium anlangt, so waren 79% ohne Temperatursteigerung über 38°, in 16% war eine einmalige Steigerung; 95·2% wurden am 12. Tage entlassen. Von höchstem Interesse sind die geradezu idealen Wochenbettverhältnisse bei Gebärenden, die weder ausserhalb noch in der Anstalt jemals untersucht oder ausgespült worden waren. Ihrer sind 179 = 13%. Bei keiner einzigen kam ein mehrtägiger oder gar ein Infectionsfieber vor. Dieses Ergebniss steht



im Einklang mit den *Mermann*'schen Beobachtungen in Mannheim, wo ebenfalls jedwede innere Antisepsis streng unterblieb und die Erfolge vorzügliche waren. An den Pfeilern der Selbstinfectionslehre, sagt *Leopold* mit vollem Recht, rütteln derartige Geburtsbeobachtungen gewaltig. Es wird einen grossen Fortschritt bedeuten, wenn der Erfolg bei Weglassung der Scheidenausspülungen der gleich gute oder noch besser würde, wie selbst unter peinlichster Sublimatanwendung. *v. Swiecicki.*

857. ***Relative Häufigkeit der Infectionskrankheiten in einzelnen Ländern.*** *Von Dr.* ***Bertillon.*** *(Revue d'Hygiène et de Police sanitaire. 1888. — Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1889. Juli.)*

Verf. liefert einen statistischen Beitrag über das verschieden häufige Vorkommen der Infectionskrankheiten in einzelnen Ländern. Typhoid tritt häufiger in den Städten von Frankreich auf, als in England, Deutschland, in den Niederlanden, in der Schweiz und in Amerika. Dieselben Städte, in welchen die Krankheit 1885 häufig aufgetreten war, wurden auch 1886 am meisten heimgesucht, Pocken sind sehr selten in Deutschland, England, Scandinavien und Amerika und überall da, wo die Schutzpockenimpfung obligatorisch ist. Häufig kommen die Pocken in Oesterreich-Ungarn, Russland, Italien, Spanien und in Frankreich vor. Scharlach ist selten in Frankreich, kommt schon häufiger in England und Amerika vor, und ist am häufigsten in Deutschland und in den Städten im Norden. Keuchhusten ist häufiger in englischen, als in französischen Städten. Diphtherie ist weniger häufig und gefährlich in England, als in Frankreich und am häufigsten und gefährlichsten in Deutschland.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

858. ***Bericht über die Thätigkeit der geburtsh.-gynäk. Klinik zu Innsbruck (1. October 1881 bis 31. März 1887).***

Verfasst von Dr. ***Franz Torggler*** *in Innsbruck.*

Prag, H. Dominicus, 1889.

Als vor einiger Zeit obiger Bericht mit seinen mannigfachen und lehrreichen Artikeln erschienen war, erregte derselbe vorerst durch die Erfolge, welche *Schauta* in Innsbruck bei 2183 Geburten erzielt hatte, ein gerechtfertigtes Aufsehen. Denn während in den bestgeleiteten Kliniken Deutschlands nur circa 71—76 Proc. fieberlose Wochenbette erzielt wurden, gelang es *Schauta* nach *Torggler's* interessanten Zusammenstellungen, seit Anwendung von Sublimat 93·1 Proc. aller Wöchnerinnen ganz fieberfrei zu erhalten, und dieser hohe Procentsatz stieg in den Ferialmonaten sogar auf 99·4. Die puerperale Mortalität betrug 1·29 Proc. bei Carbolgebrauch und fiel auf 0·07 Proc. bei Sublimatgebrauch. — Diese Erfolge wurden erreicht, trotzdem das Material in ausgedehntestem Masse zu Unterrichtszwecken verwendet wurde; beinahe jede Gebärende untersuchten ausser Assistent und Heb-

amme 3 Schülerinnen und konnten noch 3 Studenten touchiren! Die näheren Details über die Methode der Prophylaxis und die Leitung der Geburt müssen im Originale nachgelesen werden, und wird jedem praktischen Arzte die Lectüre nur Gewinn bringen, wenn auch sonst derartige Berichte oft nur in Fachkreisen Leser finden. Wenn wir aus dem reichen Materiale, das wissenschaftlich und statistisch gleich werthvoll verarbeitet ist, den Abschnitt der puerperalen Mortalität und Morbilität vorweg genommen haben, so geschah es, weil gerade dieses, jetzt actuelle Capitel allgemeines Aufsehen erregt, sowie ehrende Anerkennung gefunden hat; es bleibt uns aber in dem Berichte, der im Ganzen 270 Druckseiten umfasst, von denen 172 der Geburtshilfe gewidmet sind, noch eine grosse Reihe höchst lehrreicher und lesenswerther Aufsätze.

Nach einer Vorrede *Schauta's*, in welcher derselbe auf die Fülle des Materials seiner ehemaligen Klinik hinweist und die Hoffnung ausspricht, dieser Bericht möge das leider so verbreitete Urtheil, die Innsbrucker Kliniken hätten kein genügendes Material, umstossen, erörtert *Torggler* in der allgemeinen Uebersicht des geburtshilflichen Theiles die Zahl der Geburten nach Jahren und Monaten, nach dem Stande und Zahl der Niederkünfte der Mütter, die Verhältnisse der Neugeborenen bezüglich der Reife, des Geschlechtes und der Lage, ferners den Geburtsverlauf und die Operationsfrequenz, um dann auf die von uns Eingangs erwähnten Mortalitäts- und Morbiditäts-Verhältnisse einzugehen; dabei gestaltet sich besonders der Vergleich der Resultate bei Anwendung von Carbol- und Sublimatdesinfection interessant. Im speciellen geburtshilflichen Theile werden nach den Schwangerschaftsanomalien vorerst die physiologischen Vorgänge bei der Geburt besprochen, aus denen hervorgeht, dass die mütterlichen Gesundheitsverhältnisse nach rechtzeitigen Geburten am besten, am schlechtesten bei frühzeitigen sind. Aus dem folgenden Capitel (Lageanomalien) wollen wir eine Geburt in Stirnlage mit nach hinten gerichtetem Kinne eines reifen Kindes hervorheben, aus dem Abschnitte „Nebeneitheile“ die Vermuthung *Torggler's*, im Gewichte der Placenta ein weiteres Zeichen der Kinderreife zu besitzen. Belegt wird diese Ansicht durch eine genaue Tabelle über das Verhältniss zwischen Grösse der Placenta und Reife der Frucht. Besonders fleissig bearbeitet ist das enge Becken, bei dessen Therapie das exspectative Vorgehen auf Grund genauer statistischer Zahlen empfohlen wird. Blutungen, Eclampsie und Darmrisse füllen die nächsten Seiten, ohne mit Ausnahme der ohnedem bekannten Ansicht des Autors, dass Gesichtslagegeburten den Damm gleich gefährden wie Vorderscheitellagen, Neues zu bringen. Dafür interessirt uns mehr der Einfluss des Lebensalters Erstgebärender auf die Geburt und kommt der Verf. bei seinen Vergleichen zwischen jungen, mittleren und alten Primiparen zu lesenswerthen Resultaten. Hinsichtlich der ziemlich frequenten geburtshilflichen Operationen wäre zu erwähnen, dass die Innsbrucker Klinik zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt Versuche mit Pilocarpin empfiehlt, dass *Torggler* sich stricte gegen die zuwartende Methode *Winter's* bei Wendung und Extraction ausspricht, dass unter den verschiedenen Zangen der „Forceps

trimorphe" von *C. Braun* als unbrauchbar verworfen wird. Besonders warm tritt Verf. für Anwendung des *Ritgen*'schen Mastdarmhandgriffes, resp. des aus antiseptischen Gründen noch mehr zu empfehlenden Steissbeinhandgriffes von *Fehling* ein. Zehn Craniotomien und drei Kaiserschnitte mit Silberdrahtnaht, sowie eine Besprechung der Nachgeburtsoperationen und der selten angewandten Episiotomie vollenden diesen Abschnitt. — Im Capitel „Wochenbettverhältnisse" wird die Behandlung des Puerperalfiebers besprochen, die sich als sehr einfach erweist; von antipyretischen Mitteln wird ganz abgesehen, dagegen mässiger Gebrauch von Carbolirrigationen, intrauterin Jodoformstift und Priessnitz-Umschläge gemacht. Hauptgewicht wird aber auf die Allgemeinbehandlung gelegt durch Zufuhr von Milch, Wein, Cognac in grossen Mengen. Aus den „Verhältnissen der Neugebornen" müssen wir den auf Grund von 1447 Fällen bestimmten Zeitpunkt des Abfallens der Nabelschnur erwähnen. Zur Wiederbelebung asphyctischer Neugeborner empfiehlt Verf. auf Grund früherer Arbeiten die *Schulze*'schen Schwingungen.

Der gynäkologische Theil des Berichtes ist wegen seiner zahlreichen Operationsgeschichten lehrreich; speciell zu erwähnen sind diesbezüglich mehrere Fälle von primärem Vaginalcarcinom und von Blasenscheidenfisteln, ein Fall von Retroversio uteri gravidi und von Myoma lymphangiectodes. Aus der reichlich mitgetheilten und mit guten Krankengeschichten belegten Therapie sei zunächst die Behandlung des Blasencatarrhs mit Naphthalin, insbesonders aber die Jodoform-Kohlenpulverbehandlung bei inoperablen Carcinomen erwähnt, besonders letzteres Verfahren fordert zu weiterer Anwendung auf. Bei Endometritis macht *Schauta* ausgedehnten Gebrauch von intrauteriner Application der Jodtinctur. Bemerkenswerth in therapeutischer Hinsicht ist noch ein Fall von Totalexstirpation des Uterus wegen Prolaps.

Wenn wir zum Schlusse unser Urtheil zusammenfassen, so müssen wir wünschen, dass diesem Berichte nicht nur Fortsetzungen aus der Innsbrucker Klinik folgen, sondern dass auch aus anderen grösseren Anstalten gleich fleissige und gewissenhafte, wenn auch mühevolle Arbeiten hervorgehen mögen; es wird dann am schnellsten das gewisse Vorurtheil gegen klinische Berichte schwinden, denn in solcher Form, wie vorliegende Arbeit, gereicht selber nicht nur dem Leiter der Klinik zur Ehre, dem Verf. zur Empfehlung, Anerkennung und verdienten Dank, sondern sie bietet sowohl dem Fachmann als dem praktischen Arzte vielerlei Anregung und manch nutzbringende Belehrung. Nicht vergessen wollen wir, die gediegene Ausstattung und den billigen Preis (3 fl.) des bei H. Dominicus in Prag erschienenen Werkes lobend anzuerkennen. *P. S.*

Literatur.

859. ***Zur Morphologie der Bacterien des Ohres und des Nasen-Rachenraumes.*** *Von Dr. Fritz Rohrer. Zürich 1889, F. Lohbauer.*

Man möchte nicht glauben, dass es in diesem Jahrzehnte, in welchem die *Koch*'schen Untersuchungsmethoden ein allgemeines und unbestrittenes



Bürgerrecht erworben haben, noch Forscher gibt, die so wenig von dem Nutzen und der Unentbehrlichkeit derselben bei bacteriologischen Forschungen überzeugt sind, wie dies die oben angeführte Arbeit Dr. *Rohrer's* beweist. Der Verfasser hat sich vorgenommen, eine „Monographie" über die Morphologie der Bacterien des Ohres und des Nasen-Rachenraumes zu schreiben, und obwohl er schon im Voraus überzeugt sein müsste, dass es in diesen Körpergegenden schon unter normalen Verhältnissen genug Arten gibt, begnügt er sich mit mikroskopischer Untersuchung der daselbst befindlichen pathologischen Secrete, mit Strichculturen auf verschiedenem Nährboden, ohne eine Differenzirung der vorgefundenen Arten durch Plattenculturen vorzunehmen, da er, wie er sagt, „nur die morphologischen" Formen feststellen wollte, und für diesen Zweck die Herstellung der Plattenculturen zur Gewinnung von Reinculturen, ohne den Vorwurf der Incorrectheit der Resultate zu riskiren, unterlassen kann. In dieser Hinsicht befindet sich der Verfasser in grossem Irrthum, welcher natürlich nicht ohne Folgen für den Werth der Arbeit bleiben konnte, und wenn man von den in extenso angegebenen Krankheitsgeschichten absieht, kann man ruhig sagen, dass mit solch einer Arbeit höchstens der lithographischen Anstalt gedient sein kann. Beim Durchlesen der Arbeit gewinnt man die Ueberzeugung, dass dem Verfasser die Principien der Bacteriologie und die Literatur des Gegenstandes fremd sein müssen und die fünf farbigen Tafeln geben Alles, nur nicht die getreue Reproduction des Gesehenen. Mit Beschreibung einer Strichcultur von Agar oder Gelatine und Angabe des Geruches der Cultur ist noch Niemandem gedient; der Verfasser hat es unterlassen, durch Herstellung von Reinculturen die einzelnen Pilze zu isoliren und auf ihre Beziehungen zu den Affectionen zu prüfen, auch lässt die Beschreibung der Strichculturen fast an jeder Stelle berechtigten Zweifel aufkommen, ob es sich, trotz der Versicherung des Verfassers, wirklich um Reinculturen gehandelt hat.

Dr. J. Karliński.

860. ***Der österreichische Sanitätsbeamte.*** *Zeitschrift für Sanitätswesen und öffentliche Gesundheitspflege. Begründet unter Mitwirkung von Dr.* ***Isidor Soyka,*** *Prof. d. Hygiene a. d. deutschen Universität in Prag, San.-Rath Dr.* ***Julius Kratter,*** *Professor der gerichtlichen Medicin und Hygiene in Innsbruck, Dr.* ***Friedrich Presl,*** *k. k. Bezirksarzt in Jitschin, Dr.* ***August Netolitzky,*** *k. k. Bezirksarzt in Eger. Herausgegeben und redigirt von Dr.* ***Ludwig Gschier,*** *Stadtphysikus in Eger. Verlag von Fischer's medicinischer Buchhandlung H. Kornfeld, Wien und Berlin 1889.*

Die bedeutende Ausbildung der objectiven Untersuchungsmethoden, mit deren Hilfe der Gerichtsarzt zur richtigen Auffassung des zu beurtheilenden Falles gelangt einerseits, und die ebenso zahlreichen als mannigfachen Fortschritte der Hygiene andererseits haben zunächst das Wirkungsgebiet des ärztlichen Sanitätsbeamten nicht nur erweitert, sondern auch vertieft. Nur auf Grund einer tüchtigen fachmännischen Schulung und einer steten Fühlung mit den Fortschritten der einschlägigen Doctrinen ist der Sanitätsbeamte im Stande, dem Urtheile des Richters unverrückbare Anhaltspunkte zu liefern und für die Gesundheitspflege in der Familie, in der Schule, in der Gemeinde, im Staate, ja selbst in den zwischenstaatlichen Beziehungen eine nutzbringende Thätigkeit zu entfalten. Wir müssen daher das Erscheinen einer „Zeitschrift für Sanitätswesen und öffentliche Gesundheitspflege" als das eines zeitgemässen Unternehmens begrüssen. Aus den vorliegenden 2 Jahrgängen der Monatsschrift ist



ersichtlich, dass in derselben vor Allem den Bedürfnissen der activen Sanitätsbeamten bei der Durchführung der communalen und staatlichen Gesundheitspflege Rechnung getragen wird. Gerichtsärztliche hygienische und sanitätspolizeiliche Gutachten, Gesetze und Verordnungen, ausführliche Referate über die einschlagende Literatur, Mittheilungen aus dem obersten Sanitätsrathe, sowie aus den einzelnen Landessanitätsräthen, kleinere Mittheilungen für die Praxis des Sanitätsbeamten und schliesslich Personalien bilden den Inhalt der einzelnen Hefte. Wir wollen hoffen, dass „Der österreichische Sanitätsbeamte" in den Fachkreisen bald die vollste Anerkennung und Verbreitung gefunden haben wird. *—r.*

861. ***Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie.*** *Von Prof. Th. v. Jürgensen in Tübingen. II. verb. u. verm. Auflage. Leipzig, Veit, 1889. 15 Mark.*

Das vorliegende, in so kurzer Zeit schon in zweiter Auflage erschienene Werk des berühmten Tübinger Klinikers ist zweifellos eine der vornehmsten Erscheinungen des diesjährigen medicinischen Büchermarktes. Es ist sicher keine kleine Aufgabe, die sich der Verf. da gestellt hat, den colossalen Stoff, zu dessen Bewältigung die meisten Lehrbücher 4 Bände benöthigen, in einem einzigen Bande von freilich 773 Seiten unterzubringen, dem noch ein Register von 24 Seiten beigegeben ist. Im Gegensatze zu den meisten neueren Lehrbüchern der internen Medicin, in denen der Hauptwerth auf die Symptomatologie und Diagnostik gelegt wird, hat Verf. der Therapie sein Hauptaugenmerk gewidmet, wodurch das Buch für den Praktiker ganz besonderen Werth erhält. Ebenso gilt die in der zweiten Auflage vorgenommene Vermehrung und Verbesserung in erster Linie der Therapie, bei deren Verarbeitung wir mit Befriedigung den neuesten Publicationen, die ja freilich theilweise den Verf. selbst zum Autor haben, Rechnung getragen finden. Angesichts der ungewöhnlichen Fruchtbarkeit der letzten Jahre an neuen Heilmitteln und -Methoden muss man die Geschicklichkeit des Verf.'s anerkennen, diese Unsumme von Neuerungen gesichtet, geprüft und literarisch in so kurzer Zeit und auf so knappem Raume verwerthet zu haben. Ueber den klinischen Standpunkt des Verf.'s und die Eintheilung des umfangreichen Stoffes ist nichts Neues zu bemerken; der Inhalt hat aber ausser den schon besprochenen, durch die Fortschritte unseres einschlägigen Wissens und Könnens bedingten Veränderungen noch manch namhafte Erweiterung erfahren. Einzelne Abschnitte, z. B. Peritonealtuberculose, haben erheblich an Inhalt gewonnen, andere Capitel sind in dieser Auflage überhaupt zum ersten Male aufgenommen worden; so z. B. die *Thomson*'sche Krankheit, die ventrale Kinderlähmung, die Lähmung der Kehlkopfmuskeln; neu geschildert ist auch die kryptogenetische Septicopyämie, und zwar hauptsächlich nach den eigenen Studien und Beobachtungen des Verfassers. Wenn es auch noch so verlockend wäre, auf den reichen Inhalt des in den einzelnen Abschnitten Gebotenen einzugehen, so liegt dies doch ausserhalb des Rahmens dieser Besprechung, und muss sich der Referent leider mit der Bemerkung begnügen, dass, wenn je ein Buch es verdient, die Lücke an neueren Publicationen im Bücherkasten des Praktikers auszufüllen, dies von dem prächtigen Werke *Jürgensen's* gesagt werden kann. *v. Buschman.*



Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

862. ***Die Gefahren des Hypnotismus.*** *Von Geheimrath Dr.* ***v. Ziemssen.*** *Vortrag, gehalten auf dem II. Oberbayer. Aerztetag am 20. Juli 1889. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 31.)*

M. H.! Das Studium der hypnotischen Erscheinungen blüht, wie Sie wissen, am meisten in Frankreich und hat dort auch eine gewisse praktische Bedeutung gewonnen, während dasselbe in Deutschland mehr von physiologischer und psychiatrischer Seite Beachtung gefunden hat. In Frankreich bestehen, wie bekannt, zwei Schulen, deren Anschauungen weniger in Bezug auf das Wesen der Erscheinungen differiren, als vielmehr in der Methode, den hypnotischen Zustand hervorzurufen, und besonders in der Bedeutung der Hypnose als Heilmittel: die Pariser Schule, welche in der Salpetrière ihren Sitz hat und unter *Charcot's* Einfluss steht, und die Schule von Nancy, welche vornehmlich von *Bernheim* und *Liébault* geleitet wird. Während sich die erstere gegen die Anwendung der Hypnose zu Heilzwecken im Allgemeinen ablehnend verhält, legt der Nancyer Kliniker *Bernheim* der Hypnose einen ausserordentlichen Werth als Heilmittel bei, und zwar für die verschiedensten Krankheiten, und nicht blos für solche des Nervensystems. In den letzten Jahren haben sich nun auf Grund der *Bernheim*'schen Empfehlungen auch eine Reihe Deutscher und Schweizer Aerzte mit der Anwendung der Hypnose zu Heilzwecken beschäftigt, und es gibt manche unter diesen Herren, welche für dieses neue Heilmittel schwärmen und demselben eine sehr günstige Prognose für die Praxis stellen. So hat vor nicht langer Zeit Herr Dr. *Forel,* Professor der Psychiatrie in Zürich, in einer Versammlung Schweizer Aerzte den Collegen die Hypnose als Heilmittel auf das Eindringlichste empfohlen und den Wunsch ausgesprochen, dass dieselben von diesem unschätzbaren Heilmittel den ausgiebigsten Gebrauch in ihrer Praxis machen möchten. Solchen enthusiastischen Empfehlungen gegenüber ist es wohl an der Zeit, einen ernsten Warnungsruf erschallen zu lassen. Es ist das schon verschiedenen Seiten geschehen, und besonders in Deutschland haben mehrere vorurtheilsfreie und objective Beobachter zur grössten Vorsicht in der Anwendung der Hypnose gemahnt. Diese Warnungen sind um so bedeutsamer, als sie zum Theil von akademischen Lehrern ausgehen — ich nenne nur *Binswanger* und *Seeligmüller* — welche sich sowohl theoretisch als praktisch eingehend mit dem Hypnotismus beschäftigt haben und deshalb sicherlich zu einem massgebenden Urtheil ebenso befähigt als berechtigt sind. Unsere Erfahrungen im Krankenhause l. d. I. sind der Anwendung der Hypnose als Heilmittel durchaus ungünstig. Angeregt durch die Versuche, welche Herr Dr. Frhr. *v. Schrenck* mit meiner Zustimmung und in meiner oder meiner Assistenten Anwesenheit an Kranken der Abtheilung anstellte, haben wir nicht nur die von Herrn Collegen Dr. *v. Schrenck* behandelten Personen, sondern auch eine Reihe anderer Patienten, die mit der Hypnose behandelt wurden, genau verfolgt. Die Ergebnisse sind in allen wesentlichen Punkten unbefriedigend und zum Theil geradezu abschreckend. Ich kann sie in die zwei Sätze zusammenfassen: dass die Hypnose nichts oder nur vorübergehend bei leichten functionellen Störungen nützt, und dass dieselbe bei vielen Kranken geradezu schadet.

Was den ersten Punkt anlangt, so kann man als das Gebiet, auf dem vorzüglich die therapeutischen Versuche mit der Suggestion platzgegriffen haben, die Krankheiten des Nervensystems bezeichnen. Von

diesen sind es nun wieder nur die einfachsten Formen der nervösen Störungen, welche von der Hypnose günstig beeinflusst worden und auch diese nur vorübergehend und höchst selten dauernd. Zahnschmerz und andere Neuralgien, Kopfdruck, anomale Gemeingefühle, nervöse Aufregung und Schlaflosigkeit: das sind die Zustände, in denen anfänglich oft ein überraschender Erfolg erzielt wird. Ich will nur einen Kranken erwähnen, welchen ich in der Heilanstalt des Herrn Dr. *v. Hösslin* beobachtete, den schwersten Fall von Morbus Basedowii, den ich je gesehen. Derselbe war längere Zeit absolut schlaflos und es wurde, da er keines der gangbaren Hypnotica vertrug, ein Versuch mit der Hypnose gemacht. Der Versuch hatte die ersten Male einen guten Erfolg, besonders das erste Mal wurde ein ruhiger Schlaf von 6stündiger Dauer erzielt. Dann verminderte sich der Erfolg rasch und blieb später ganz aus. Ebenso vorübergehend ist der Erfolg bei Zahnschmerz, Kopfschmerz, Migraine u. s. w. Es sind eben fast immer nur Symptome von Krankheiten, welche man beseitigt, nicht die Krankheiten selbst, und auch diese Symptome selbst werden nur höchst selten dauernd beseitigt. Auch das möchte ich noch besonders betonen, dass sehr viele Personen, besonders männlichen Geschlechts, der Hypnotisirung widerstehen — es disponirt bei den Männern wie bei den Weibern ganz besonders die sogenannte nervöse Constitution — und wenn zur Erklärung dieser Misserfolge von den Heisssporнen des Hypnotismus vorgekehrt wird, es liege das nur an einem mangelhaften Verfahren, einer ungenügenden Fertigkeit der Hypnotiseure, so ist das ein zu wohlfeiler Einwand, als dass er auf die Dauer Beachtung finden könnte. Bei den ernsteren Formen der allgemeinen Neurosen, vor Allem bei der Epilepsie, Chorea, Paralysis agitans sind bisher beglaubigte Erfolge überhaupt nicht erzielt worden, von tieferen Störungen in anderen Organen ganz zu schweigen.

Wenn man nur die einfachsten, ich möchte sagen superficiellsten Formen der Störung und auch diese nur vorübergehend günstig beeinflussen kann, so erscheint es denn doch als ein sehr bedenkliches Verfahren, dieserwegen das Gehirn in einen Zustand von „experimentell erzeugten Blödsinn“ zu versetzen, wie ihn *Meynert* genannt hat. Man hat gesagt, es heisse mit Kanonen nach Spatzen schiessen, wenn man wegen Kopfschmerz, Schlaflosigkeit oder unbehaglicher Gefühle einer Hysterischen die Rindencentra vorübergehend ausser Function setzen wollte. Man wird vielleicht von gegnerischer Seite einwenden, dass gerade das grosse Feld der Hysterie, einer der schlimmsten und hartnäckigsten Neurosen, sich besonders für die hypnotische Behandlung eigne; und, m. H., es werden auch in der That bei der jetzigen Hochfluth der hypnotischen Strömung viele Hysterische mit der Hypnose behandelt. Ich bin in den letzten Wochen mindestens vier Mal von Hysterischen oder ihren Angehörigen befragt worden, ob ich dazu rathen könnte, dieses neue Mittel gegen ihre zahlreichen Beschwerden anzuwenden. Also das kommt gewiss öfter vor, und es werden sicher auch andere Collegen von dergleichen zu erzählen wissen. Das grosse Publicum ist nun einmal nach Neuerungen lüstern, es ist wundersüchtig, und alles scheinbar Uebernatürliche und Unverständliche übt einen besonderen Reiz aus. Sicher wird in der nächsten Zeit diese Strömung noch einen viel höheren Grad erreichen und sie wird das Gebiet der Hysterie wohl zunächst ganz überfluthen. Nun ist aber der Erfolg der Hypnose gerade bei dieser Krankheit dahin zu präcisiren, dass die Krankheit durch öfter wiederholte Hypnotisirungen meist erheblich verschlimmert wird, dass leichtere

Formen des hysterischen Krankheitsbildes direct durch die Hypnotisirung in die grande hystérie *Charcot's* übergeführt werden können. Es soll nicht bestritten werden, dass man einzelne schwere Symptome der grossen Hysterie, z. B. Krämpfe, Contracturen, Lähmungen durch die Hypnose vorübergehend beseitigen kann, allein es handelt sich doch immer um den Ersatz eines anomalen Gehirnzustandes durch einen andern. Und bei den leichteren Formen der Hysterie, wie sie dem Arzte tagtäglich in der Praxis vorkommen, wächst die Hysterie mit jeder Hypnose. Es ist eine wahrhaft cumulative Wirkung der Schädlichkeiten der Krankheit und der Heilmethode, analog den Erscheinungen bei dem Versuch, den Morphinismus durch den Cocaïnismus zu heilen.

Aber nicht nur bei Hysterischen, sondern auch bei jeder gesunden Person überzeugt man sich bald von der Unrichtigkeit des fundamentalen Satzes der Nancy-Schule, dass die Hypnose ein mit dem natürlichen Schlafe verwandter, wenn nicht identischer Zustand sei. Es handelt sich zweifellos um einen pathologischen Zustand, welcher bei häufiger Wiederholung sich zu einem Grade entwickelt, dass er geradezu psychotisch genannt werden muss. Es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, dass die Hypnotisirbarkeit der Individuen mit jeder Hypnose wächst, dass dieselben schliesslich dahin kommen, dass sie des hypnotisirenden Arztes gar nicht mehr bedürfen, sondern sich selbst hypnotisiren, indem sie einen festen Punkt, einen Lichtstrahl, ein glänzendes Metall fixiren oder schon in Hypnose verfallen, wenn sie den Arzt durchs Zimmer gehen sehen oder seinen Schritt von Weitem hören. So können sich Zustände entwickeln, welche an Blödsinn erinnern, und welche man als einen dauernden Schwächezustand der corticalen Centra der bewussten Vorstellungen und der Willensimpulse neben einer Hyperästhesie der subcorticalen Hirntheile bezeichnen kann. Noch lassen sich die Schäden, welche das Gehirn vieler Individuen durch oft wiederholte Hypnotisirung erfährt, in ihrer Ausdehnung und Dauer nicht übersehen. Aber so viel kann man schon jetzt mit Bestimmtheit sagen, dass die Lehre der Nancy-Schule von der Harmlosigkeit oft wiederholter Hypnotisirungen ebenso falsch ist, als etwa die Behauptung, dass die Gewöhnung des Menschen an subcutane Morphiuminjectionen eine harmlose und ungefährliche Sache sei. Und ferner, wenn dergleichen schon gefährlich in der Hand des Arztes ist, um viel mehr wird dies der Fall sein in der Hand des hypnotisirenden Laien, der aus Gewinnsucht oder aus Fanatismus die Hypnotisirung bis zu den äussersten Consequenzen fortsetzen wird. Wie viel Verwirrung diese Suggestionslehre auf das Gehirn der grossen Menge ausüben muss, liegt auf der Hand. Laien, welche mit den mannigfaltigen Erscheinungen des gesunden und kranken Nervenlebens nicht vertraut sind, stehen diesen Dingen kritiklos gegenüber und müssen schliesslich in ihrer Ueberzeugung von der Willensfreiheit und von der Verantwortlichkeit des Individuums für seine Handlungen durch die Consequenzen der Suggestionstheorie erschüttert werden. Noch hat die hypnotische Strömung, wie es scheint, ihren Höhepunkt bei uns in Deutschland noch nicht erreicht, noch steigt der Enthusiasmus für das wunderthätige Heilmittel; aber ich vertraue der historischen Erfahrung, dass dergleichen Strömungen, je schneller die Hochfluth steigt, um so rascher auch wieder in das natürliche Bett zurückgeleitet werden. Ich vertraue besonders auf den gesunden Sinn der deutschen Aerzte, deren wissenschaftliche Objectivität diesen Dingen wie aller wundersüchtigen Speculation einen festen Damm entgegensetzen und verhüten wird, dass mit der Hypnose Unheil angerichtet werde.

Kleine Mittheilungen.

863. ***Verbreitung des Scharlachs durch Bücher.*** In Winsford hat der Sanitätsarzt Dr. *Foy* constatiren können, dass Scharlach durch Bücher, die einer Leihbibliothek entliehen worden waren, Verbreitung gefunden hatte. Die Sanitätsbehörde hat in Uebereinstimmung mit dem Arzt beschlossen, in Zukunft alle mit infectiösen Krankheiten behafteten Leute, die Bücher aus Leihbibliotheken genommen und dadurch die Verbreitung der Krankheit begünstigt haben, gerichtlich zu verfolgen.

(Sem. méd. 12. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 22.)

864. ***Ueber das oxydirende Agens des Terpentinöls.*** *Von **N. Kowalewsky** in Kasan. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 7. — Schmidt's Jahrb. 1889. 7.)*

Beim Schütteln von altem Terpentinöl mit Wasser geht in das letztere ein sauer reagirender Körper über, welcher die Oxydationswirkungen des alten Terpentinöls besitzt. 1. Färbung der *Winter*'schen Reagenspapiere. 2. Ueberführung von Oxyhämoglobin in Methämoglobin. 3. Keine Bläuung von frischer Guajaktinctur. 4. Lebhafte Bläuung von frischer Guajaktinctur bei Gegenwart von Blut. Dieser neue Körper wird durch Siedehitze, ja selbst durch Ozon nicht verändert, kann also mit dem so leicht zerstörbaren Ozon nichts zu thun haben. Hiermit ist *Schönlein's* Annahme, dass altes Terpentinöl Ozon enthalte, widerlegt.

865. ***Harnuntersuchung bei Cataracta.*** Prof. *Hirschberg* erzählt im Centralbl. f. prakt. Augenhk. Juni 1889: Als ich bei einem 60jahr. Pat. mit Staar des rechten Auges den Urin untersuchte, war einer der anwesenden Aerzte fast entrüstet, aber es fand sich Zucker. Und nach kurzem Gebrauch einer richtigen Lebensweise und des Karlsbader Mühlbrunnen war der Zucker geschwunden, so dass zur Operation geschritten werden konnte. Schon die Hippokratiker haben, natürlich in ihrer Weise, dem Urin bei Augenkranken Aufmerksamkeit geschenkt. Prorrh. II, 21 (Littré IX, 50). Πάντων δὲ χρὴ μάλιστα τὴν κατάστασιν τοῦ οὔρου ἐν τοῖσιν περὶ τοὺς ὀφθαλμοὺς ἐνθυμεῖσθαι οἱ γὰρ καιροὶ ὀξέες.

866. ***Künstliche Gewürznelken*** sind neben Kunstkaffee und künstlichem Pfeffer die neueste Errungenschaft. *T. F. Hanausek* fand sie zusammengesetzt aus Weizenmehl, gemahlener Eichenrinde und einer kleinen Menge gemahlener echter Gewürznelken; sie werden wahrscheinlich in der Weise fabricirt, dass aus den Pulvern zunächst ein Teig hergestellt wird, dieser wird durch Pressen in die Form der Nelken gebracht und zuletzt noch schwach geröstet. (Zeitschr. f. Nahrungsm.-Unters. 1889. 121. — Pharm. Centralh. 1889. 30.)

867. ***Ammonium muriaticum gegen Neuralgie*** empfiehlt *F. Greene* als ein sehr einfaches, aber sehr werthvolles, wenn auch merkwürdigerweise vernachlässigtes Mittel, welches er stets mit Erfolg anwandte. So erzählt er folgenden Fall: Ein Mann litt seit 15 Wochen an Neuralgie des Kopfes und Nackens ohne Unterbrechung. Trotz der verschiedensten Mittel, die von mehreren Aerzten angewendet wurden, verschlimmerte sich die Neuralgie immer mehr. *Greene* gab dem Patienten 1·2 Grm. Ammonium muriaticum und am nächsten Tage berichtete dieser, dass er zum ersten Male seit 15 Wochen einen Tag ohne Schmerzen verbracht habe. (Wr. med. Wochenschr. 1889. 31.)

868. ***Zur Herstellung von Carbollösungen.*** Bekanntlich scheidet sich aus 5proc. Carbollösungen beim Erkalten auf $+4^{0}$ Carbolsäure in feinen Tröpfchen aus und die Lösung erscheint trübe; selbst wenn 1% Spiritus zu dem Carbolwasser zugesetzt worden, wie solches in Frankreich vielfach Gebrauch ist, tritt diese Trübung und Ausscheidung ein. Zur Verhinderung dieses Uebelstandes schlägt *Houssaye* einen Zusatz von 5—10% Glycerin vor. In dieser Weise bereitete 5proc. Carbollösungen gefrieren bei — 4—5° C. zu Eis, ohne ein Ausscheiden von Carbolsäure zu zeigen, und ebenso blieb die Lösung klar bei dem Wiederaufthauen. Die Aetzwirkung der Carbolsäure ist sehr verschieden je nach dem Lösungsmittel. So wirken Lösungen in absolutem Alkohol und in wasserfreiem Glycerin fast gar nicht ätzend. Die Aetzwirkung tritt aber sofort ein, sobald solchen Lösungen nur weniges Wasser zugesetzt wird. Die eigentliche Ursache ist unklar. (Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. 1889. 11.)



LXII. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg 1889.

Programm.

Die LXII. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte wird, gemäss dem Beschlusse der vorjährigen Versammlung zu Köln, in Heidelberg vom 18. bis 23. September d. J. tagen.

In der zweiten allgemeinen Sitzung am 20. September wird der Entwurf der neuen Statuten zur Berathung und Genehmigung vorgelegt werden, welche der Vorstand der Versammlungen deutscher Naturforscher und Aerzte in Folge der Beschlüsse der vorjährigen Versammlung zu Köln ausgearbeitet hat.

Jedes Mitglied und jeder Theilnehmer erhält zu seiner Legitimation eine Theilnehmerkarte, für welche 12 Mark zu entrichten sind. Auch können dieselben zum Preise von 6 Mark Karten für zugehörige Damen erhalten. Die Mitglieder haben ausserdem in Folge der vorjährigen Kölner Beschlüsse gegen einen Jahresbeitrag von 5 Mark eine besondere Mitgliedskarte zu lösen. Mit der Versammlung wird eine Ausstellung wissenschaftlicher Apparate, Instrumente und Präparate in der städtischen Turnhalle, Grabengasse 22, verbunden sein.

Ein Empfangs- und Auskunftsbureau wird im Erdgeschoss des Bayrischen Hofes, Rohrbacher Strasse 2, nahe dem Bahnhof, geöffnet sein.

Anmeldungen für Privatwohnungen nimmt der Schriftführer des Wohnungscomité, Herr Rathsschreiber Webel (Rathhaus, Heidelberg) von jetzt an entgegen.

Auswärtigen Herren können Mitgliederkarten jeder Zeit, Theilnehmerkarten in der Zeit vom 1.—12. September gegen portofreie Einsendung der Beträge von 5·25 Mark, respective 12·25 Mark an den 1. Geschäftsführer, zugesandt werden.

Alle auf die Versammlung oder die allgemeinen Sitzungen bezüglichen Briefe sind an den I. Geschäftsführer, Herrn Prof. *Quincke,* Heidelberg, Friedrichsbau, alle die Ausstellung betreffenden Briefe und Sendungen an den Vorsitzenden des Ausstellungscomités, Herrn Stadtrath *Leimbach*, Heidelberg, Gaisbergstr. 59, die auf Vorträge in den Abtheilungen bezüglichen Briefe an die Vorstände der einzelnen Abtheilungen zu richten.

Allgemeine Tagesordnung.

Nachdem die in Nr. 30 mitgetheilte vorläufige Tagesordnung keine wesentliche Veränderung erfahren hat, genügt es hier, das Programm der allgemeinen Sitzungen mitzutheilen.

I. Allgemeine Sitzung im grossen Saale des Museums. 1. Eröffnung der Versammlung; Ansprachen. 2. Vortrag von Herrn Geh. Rath *V. Meyer*-Göttingen-Heidelberg: Chemische Probleme der Gegenwart. 3. Vortrag von Herrn Dr. *G. H. Otto Vogler*-Frankfurt a. M.: Leben und Leistungen des Naturforschers Dr. *K. Schimper.*

II. Allgemeine Sitzung im grossen Saale des Museums. 1. Vortrag von Herrn Prof. *H. Hertz*-Bonn: Ueber die Beziehungen zwischen Licht und Elektricität. 2. Berathung eines Entwurfes neuer Statuten unter Vorsitz des Herrn Geh. Med.-R. *Virchow* als Vorsitzenden des Vorstandes. 3. Wahlen: *a)* des neuen Vorstandes, *b)* des nächsten Versammlungsortes, *c)* der nächsten Geschäftsführer.

III. Allgemeine Sitzung im grossen Saale des Museums. 1. Vortrag von Herrn Prof. *Th. Puschmann*-Wien: Bedeutung der Geschichte für die Medicin und die Naturwissenschaften. 2. Vortrag von Herrn Prof. *Brieger*-Berlin: Bacterien und Krankheitsgifte. — Sonntag den 21. September, Abends $7^1/_2$ Uhr, findet ein Festball im Museum statt.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

869. ***Die sogenannte nasale Form des Bronchialasthma.*** *Von Dr. **E. Bloch** in Freiburg (Volkmann's klin. Vorträge. 344.)*

Das grosse Interesse, welches dem Bronchialasthma in alter und neuer Zeit entgegengebracht wird, spiegelt sich in der grossen Zahl von Theorien wieder, welche im Laufe der Jahre aufgebaut wurden, um sein Wesen und seine Symptome zu deuten. Diese Theorien lassen sich leicht in zwei Gruppen eintheilen, in deren einer die spasmodischen Erscheinungen in den Vordergrund gestellt werden, während in der anderen die vasomotorischen als massgebend gelten. Verf. bespricht nun die bekannteren Theorien, wie sie von *Biermer*, *Schmidtborn, Curschmann*, *Leyden* u. A. aufgestellt wurden, woran anknüpfend er die von ihm mechanisch-neurasthenische Theorie genannte Auffassung entwickelt. Seinen Ausführungen zu Folge gestaltet sich die Pathogenese des sogenannten nasalen Asthmas derart, dass zuerst die mechanischen Störungen vorhanden sind, welche allmälig unter der nothwendigen Mitwirkung einer allgemeinen oder partiellen neurasthenischen Veränderung des Nervensystems die Bahnen für die erleichterte Auslösung des Krampfanfalles ebnen und es dahin bringen, dass schliesslich eine ganze Menge Reize von allen möglichen Nervengebieten aus in diese breitgetretenen Bahnen ausläuft und den classischen Asthmaanfall erzeugt. Die Therapie soll zum Theile prophylactisch eingreifen, zum Theile der causalen Indication genügen; in dieser letzteren Hinsicht ist in erster Linie an die Entfernung aller jener wie immer beschaffener Factoren zu gehen, welche den Nasen- oder Nasenrachenraum verlegen oder doch verengern. Hierdurch wird auch der symptomatischen Indication zum grossen Theile genügt worden sein.

v. Buschman.

870. ***Asthma und Geschlechtskrankheiten (Asthma sexuale).*** *Von Dr. **A. Peyer**. (Berl. Klin. 9. Heft.)*

Unter dem neurasthenischen Asthma *Brügelmann's* begreift man alle die vielen Vorkommnisse, welche sich unter die anderen Formen nicht einreihen lassen. Hierher gehören demnach auch die vom Verfasser beobachteten Fälle von Asthma, welche von sexuellen Affectionen abhängig waren. Da diese Fälle gar nicht so selten sind, als man gewöhnlich zu glauben scheint, schlägt Verf. vor, den fünf von *Brügelmann* aufgestellten Formen

von Asthma noch eine sechste Gruppe anzureihen, welche er Asthma sexuale nennen möchte. In einer nicht geringen Anzahl von Asthmafällen nämlich finden wir sowohl beim männlichen als weiblichen Geschlechte sexuelle Erkrankungen, welche auf den Bahnen des sympathischen Nervensystems diese Anfälle erzeugen. Beim männlichen Geschlechte sind es vorzüglich Affectionen des hinteren Theiles der Harnröhre, wie Urethritis posterior und Spermatorrhoe, welche Asthmaanfälle ganz typischer Natur erzeugen, ferner Affectionen des Penis und besonders der Glans. Nach Verf.'s Ansicht ist hierbei die exspiratorische Thätigkeit häufiger gestört als die inspiratorische, obwohl es auch Fälle von clonischem Krampf des Zwerchfelles gibt, in denen nur die Inspiration gehindert ist. Verf. schildert nun sehr ausführlich 16 Fälle seiner eigenen Beobachtung (11 männl. und 5 weibl.). Von den elf männlichen Patienten litten 9 an Spermatorrhoe, 2 an temporärem Aspermatismus; von den 5 weiblichen Kranken litt 1 an Uterusfibroid, 1 an Vaginal- und Cervicalcatarrh, 1 an Leucorrhoe, 1 an Vergrösserung und Induration des Uterus und endlich 1 an chronischer Endometritis. Fast alle Patienten boten die typischen Erscheinungen der sexuellen Neurasthenie dar; 10 Patienten hatten hochgradiges Emphysem, einige litten an Catarrhen der Athmungswege. Nebst einigen sogenannten idiopathischen Asthmaanfällen werden die meisten Attaquen hervorgerufen durch blosse heftige geschlechtliche Erregung, durch den Coitus selbst oder durch nächtliche Pollutionen. Die Diagnose basirt natürlich hauptsächlich auf den anamnestischen Daten; die Prognose ist im Allgemeinen günstig. Was die Behandlung betrifft, so fällt sie mit der Therapie des Grundleidens zusammen und sollen die Patienten in erster Linie auf die üblen Folgen des häufigen Coitus imperfectus aufmerksam gemacht werden. *v. Buschman.*

871. ***Vier Fälle von Actinomycosis hominis.*** *Von L. Ammentorp in Kopenhagen. (Nordiskt med. Ark. 1888. Bd. XX. 23.)*

Zu der Casuistik der Actinomycose, die von *Moosbrügger* 1886 auf 89 Beobachtungen geschätzt wurde und bis jetzt sicher nicht über 150 ausmacht, hat Kopenhagen in den letzten Jahren einen Beitrag von 2 Fällen geliefert, denen *Ammentorp* jetzt vier neue hinzufügt. Unter diesen ist von besonderer Bedeutung der Fall eines 16jähr. Vergolderlehrlings, weil durch denselben der Beweis erbracht wird, dass Lungenactinomycose auch auf andere Weise als von der Mundhöhle aus entstehen kann. Der Kranke litt nämlich seit dem 10. Lebensjahre an Stenose des Kehlkopfes und wurde daher an ihm die tiefe Tracheotomie vorgenommen. Im Jahre 1887 erkrankte er an Brustschmerzen und es bildeten sich einige Monate später an der Vorderfläche des Thorax in der Papillarlinie mehrfach bläuliche Knoten, welche perforirten und eiterige Masse entleerten. In dem Inhalte wurde das für Actinomycose charakteristische Pilzmycelium gefunden, dagegen fand sich weder in der Mundhöhle, noch in den Lymphdrüsen eine Andeutung davon. Die bei der Section vorgefundene exquisite Actinomycose der Lunge kann daher nicht anders entstanden sein, wie durch Einathmung des Pilzes durch die Trachealcanüle, da der Kehlkopf seit mehreren Jahren durch Narbengewebe vollständig geschlossen und ausschliesslich durch



die Canüle geathmet wurde. Ein Ausgang von der Brustwand aus ist nicht anzunehmen, da die inneren Brustschmerzen der Entwicklung der äusseren Knoten mehrere Monate vorangingen. Weder dieser, noch die übrigen Fälle, in denen es sich um Kiefer-actinomycose ohne irgendwelche Lymphdrüsenaffection handelt, geben über die Aetiologie des Leidens irgendwelchen Aufschluss.

Th. Husemann.

872. ***Zur Symptomatologie des multiplen Myeloms. Beobachtung von Albumosurie.*** *Von Prof.* ***Kahler.*** *(Prager med. Wochenschr. 1889. 4 u. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 32.)*

Ein 46jähriger Mann erkrankte plötzlich unter heftigen Brustschmerzen, die einige Tage lang andauerten, dann wieder verschwanden und erst nach einer Reihe von Monaten wiederkehrten, diesmal jedoch genau auf eine auch bei Druck sehr empfindliche Stelle der rechtsseitigen 3. Rippe localisirt waren; nach Ablauf einiger Wochen abermals eine Pause von beiläufig 4 Monaten, worauf erneute Schmerzen an verschiedenen Körperstellen — Rumpf, Oberarm und Lendengegend —, bei körperlicher Anstrengung sich steigernd, eintraten. Von da ab wechselten Besserung und Verschlimmerung der Schmerzen in kurzen Intervallen, es gesellten sich ferner Schmerz- und Druckempfindlichkeit einzelner Dornfortsätze, neuralgische Zustände im Verlaufe der Ischiadici hinzu. Nach $1^1/_2$ Jahren kommt es nach einer leichten Contusion zu heftigen Schmerzen an einer Stelle der linken 5. Rippe, woselbst gleichzeitig eine leichte Erhebung sich constatiren lässt; derartige Erscheinungen treten an verschiedenen Rippen ab und zu bis zum Lebensende des Kranken auf. Später werden auch die rechte Clavicula, einzelne Phalangen, die Patellae, die Cristae oss. ilei zum Sitze heftiger Schmerzen; Occipitalschmerz, Nackensteifigkeit, viscerale Neuralgien, Parästhesien der unteren Extremitäten treten hinzu; endlich kommt es zu Spontanfracturen der Rippen, rasch zunehmender kyphotischer Krümmung der Wirbelsäule, hochgradiger Abmagerung; Tod nach 8jähriger Krankheitsdauer. Bemerkenswerth erscheint, dass an den Extremitätenknochen nie etwas Abnormes nachzuweisen war. Die Obduction durfte sich blos auf die Eröffnung der Brusthöhle erstrecken. Man fand ausser der erwähnten Difformität der Wirbelsäule eine auffallende Fragilität einzelner Rippen und Wirbelkörper; an herausgenommenen Rippenstückchen ist die Rindensubstanz zum Theil von einer weichen grau-röthlichen, einer Aftermasse gleichenden Substanz ersetzt; die mikroskopische Untersuchung ergibt hochgradige Osteoporose mit Bildung zahlreicher *Howship*'scher Lakunen, bedingt durch multiple Wucherung eines vorzugsweise aus grösseren Rundzellen bestehenden Gewebes (Rundzellensarcom, sog. Myelom). Die nähere Betrachtung der Symptome dieses Falles, sowie die Berücksichtigung der allerdings nur spärlichen klinischen Daten der von *Zahn* publicirten Fälle von multiplem Myelom veranlassen *Kahler* zu dem Versuche, eine Differentialdiagnose zwischen dieser Erkrankung und der ähnlich verlaufenden Osteomalacie aufzustellen. Als hauptsächlichste, die Diagnose „multiples Myelom" nahelegende Momente möchte Verf. nennen: die eigenthümlichen, mit Knochenanschwellung einhergehenden Schmerzen, das Be-



schränktbleiben der Knochendeformitäten auf das Rumpfskelett oder selbst auf einzelne Theile desselben, das Fehlen jeder erhöhten Biegsamkeit der Knochen, endlich das gelegentliche Auftreten von Lymphdrüsentumoren und von Milzschwellung.

Zum Schlusse berichtet Verf. über die bei seinem Kranken seit dem zweiten Jahre der Erkrankung bis kurz vor dem Lebensende beobachtete Albumosurie, ein Symptom, welches bekanntlich nicht selten, und zwar bei den verschiedensten Krankheitsprocessen beobachtet worden ist; nur in 3 Fällen, nämlich in dem von *Bence Jones*, von *Kühne* und dem vom Verf. mitgetheilten Falle wurden reichlichere Mengen von Albumose nachgewiesen. Eine Durchsicht der Krankengeschichten der von den beiden erstgenannten Autoren publicirten, als Osteomalacie aufgefassten Fälle lässt nach Verf. jedoch begründete Zweifel an der Richtigkeit dieser letzteren Diagnose aufkommen, legt dagegen die Vermuthung nahe, dass hier gleichfalls eine Geschwulsterkrankung des Knochensystems vorgelegen habe. Dagegen wurde, wie aus der Berücksichtigung der einschlägigen Literatur hervorgeht, in der Mehrzahl der Fälle von ausgesprochener Osteomalacie Albumose im Harn mit Bestimmtheit vermisst. Verf. glaubt die Albumosurie als ein häufiger anzutreffendes Symptom des multiplen Myeloms bezeichnen zu dürfen.

873. ***Ueber Lähmungen bei Pneumonie.*** *Von B. H. Stephan. (Revue de méd. 1889. 1. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 32.)*

Im Verlaufe einer schweren Pneumonieepidemie beobachtete *Stephan* 2 Fälle, die durch die Complication mit einer schweren Gehirnaffection von besonderem Interesse waren. 1. Fall: 43jähriger Mann verlor plötzlich Abends das Bewusstsein unter Convulsionen des Gesichts und der rechtsseitigen Extremitäten; blutiger Schaum vor dem Munde; Sprachverlust. Am folgenden Tage schwanden die Convulsionen, dagegen ergab sich eine Parese der rechten Extremitäten nebst Aphasie; Oedem des rechten Handrückens. Bewusstsein kehrte Abends zurück. Reflexe, Pupillenreaction normal. Fieber. Doppelseitige Pneumonie. Nachts Delirien. Bewusstseinsstörungen traten am folgenden Tage nur vorübergehend auf. Erhebliche Besserung der Sprache. In den folgenden Nächten hohes Fieber mit starken Delirien; am 4. Krankheitstage war die Sprache wieder normal; die motorischen und vasomotorischen Störungen des rechten Armes verschwanden, während die Parese des Beines erst nach circa 3. Monaten ganz gehoben war. 2. Fall: 2jähriges Kind erkrankte an schwerer Meningitis und Pneumonie. Complete Lähmung der Extremitäten; rechtsseitige Ptosis und Mydriasis; Tod nach 14 Tagen. Des Weiteren gibt Verf. einen Ueberblick über fast die gesammte einschlägige Literatur. Hier sei nur erwähnt, dass derartige Lähmungserscheinungen theils gleich im Beginn, theils im Verlauf oder auch nach Ablauf einer Pneumonie auftreten können. Sie können die Folge einer Meningitis sein, die durch Einwanderung der Pneumococcen in die Hirnhäute entstanden sein kann; in anderen Fällen jedoch fehlt jede Spur eines derartigen Krankheitserregers und jeder Nachweis irgend einer materiellen Läsion. Bei letzterer Kategorie von Fällen nimmt *Stephan* an, dass die Infection der Lungen entweder direct

oder indirect durch die Vermittlung der cerebro-spinalen Gefässbahn dyscrasische, dynamische und functionelle Störungen der Nervencentren oder der Nerven selbst bedingt hat, die dann jene paretischen Symptome verursachen.

874. ***Beiträge zur physikalischen Untersuchung innerer Organe.*** *Von L. Riess in Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. 1889, XVI, 1 u. 2, pag. 1. — Schmidt's Jahrb. 1889, 7.)*

Ueber percutorische Bestimmung der Nieren. *Riess* meint, dass die Percussion der Nieren mit Unrecht gering geschätzt und vielfach ganz vernachlässigt würde. In halber Knie-Ellenbogenlage des zu Untersuchenden kann man mittelst starker Hammer-Plessimeterpercussion bei wiederholter Untersuchung nicht nur die äussere und die untere Grenze der normalen Niere sicher feststellen, sondern man kann auch Vergrösserungen und namentlich das Fehlen einer Niere an der normalen Stelle erkennen. *Riess* fusst auf einer ausgedehnten Erfahrung und belegt seine gute Meinung von der Nierenpercussion durch einige Beispiele.

Ueber das sogen. metamorphosirende Athemgeräusch. Das metamorphosirende Athmen gehört nach *Riess*' Erfahrungen zu den sichersten und nicht so gar seltenen Cavernensymptomen. Meist verhält sich dasselbe so, wie sein Entdecker *Seitz* angegeben hat: das Inspirium beginnt mit einem lauten Zischen, das plötzlich einem weichen, sausenden Bronchialathmen Platz macht. Seltener ist die zweite Hälfte des Inspirium zischend und ganz selten kann auch das Exspirium die Metamorphose zeigen, zischend beginnen und sausend endigen. *Riess* hat das metamorphosirende Athmen nur einmal gehört, ohne dass eine Caverne da war. Bei den Sectionen fanden sich meist glatte, ziemlich starrwandige Höhlen, in die gewöhnlich mehrere Bronchen einmündeten, und *Riess* meint, das metamorphosirende Athmen könnte so zu Stande kommen, dass die Luft bei Beginn der Einathmung nur einen dieser Bronchen passirt und dass sich erst mit zunehmender Einathmung auch die anderen bis dahin geschlossenen Bronchen öffnen.

Weiteres über den Zusammenhang von Herzbeutelverwachsung mit Magenconsonanz der Herztöne. *Riess* hält das mit den Herzcontractionen isochrone Auftreten von Metallklang, beziehungsweise Plätschergeräuschen für ein für die schwierige Diagnose der Synechie des Herzbeutels wichtiges Symptom und fügt zum Beweis hierfür seinen bereits früher mitgetheilten Beobachtungen zwei neue an. Die Erscheinung beruht auf der durch den pathologischen Vorgang bedingten Zunahme der Annäherung von Herzwand, Zwerchfell und Magenwand. Dass in ganz seltenen Fällen dieses Phänomen auch unter normalen Verhältnissen undeutlich und vorübergehend vorkommen kann, gibt *Riess* zu; da, wo es längere Zeit und deutlich bestanden hat, wird wohl eine unerkannt gebliebene Verwachsung vorgelegen haben. Die wichtige Erscheinung ist bisher von Allen zu wenig beachtet, von Einigen falsch gedeutet worden.



Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

875. ***Ueber die Einathmung auf 200° erhitzter Luft mittelst des von Dr. Weigert zur Heilung der Phthisis construirten Apparates.*** *Von Dr. Ugolino Mosso und Dr. Alippio Rondelli. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 27.)*

Seit 2 Jahren werden eifrig Apparate zur Einathmung von Luft bei verschiedener Temperatur construirt und erscheinen Schriften, welche die damit erzielten Erfolge lobpreisen. Von der Voraussetzung ausgehend, dass die mittelst des *Weigert*'schen Apparates geleitete heisse Luft einen grossen Theil ihrer Wärme zur Verwandlung des Wassers der Schleimhäute der Luftwege in Dampf verlieren muss, haben die beiden Verfasser sowohl an Apparaten wie am thierischen Organismus festzustellen getrachtet, wie heiss die ursprünglich auf 200° erhitzte Luft in das Innere der Lungen eindringt. Sie leiteten die erhitzte Luft durch eine Kammer, die aus zwei gut passenden, auf einander gelegten Trichtern gebildet wurde und in der sich ein mit Wasser benetztes Stück Gaze befand. Ein im Innenraume angebrachter Thermometer zeigte, obwohl die auf 210° Celsius erhitzte Luft durch 11 Minuten geleitet wurde, kaum 27°. In einem anderen Versuche führten die Verfasser einem grossen Hunde einen Maximalthermometer in die Trachea, und nachdem sie die Wunde geschlossen hatten, liessen sie ihn die im *Weigert*'schen Apparate erhitzte Luft durch einen hermetisch schliessenden Maulkorb aus Gummi durch 15 Minuten einathmen. Es zeigte sich, dass die zugeführte Luft kaum 39·3° C. betrug, während das in das Rectum eingeführte Thermometer 39·8° C, wies. Bei Einathmung einer auf 160° erhitzten Luft zeigte ein zwischen die Stimmbänder angebrachter Thermometer nach 15 Minuten 38°, wobei das Rectum 39° zeigte. Diese Versuche haben erwiesen, dass die Temperatur in der Nähe der Bronchien bei Hunden, welchen man überhitzte Luft einathmen liess, sich nicht nur nicht erhöht, sondern sogar gegenüber der Rectaltemperatur niedriger bleibt, und dass der Contact mit der Schleimhaut der obersten Theile der Luftwege genügt, um die Temperatur auf eine niedrigere als die des Blutes zu bringen. Sollte es wahr sein, wie *Weigert* behauptet, dass mit seinem Apparat die Luft heiss in die Lungen eindringt und dieselben noch bei einer Temperatur von über 45° verlässt, so müsste die von einem Heissluft athmenden Menschen ausgeschiedene Wasserdampfmenge grösser sein als im normalen Zustande. Die Verfasser stellten dagegen mittelst einer sehr empfindlichen Waage fest, dass bei Einathmung von überhitzter Luft der Wasserdampfverlust sogar um 10 Gramm geringer als wie der Verlust bei Einathmung von Zimmerluft in gleicher Zeit ist. Durch Einführung eines Thermometers in die Carotis eines Hundes und Einleitung einer Heissluftathmung stellten die Verfasser fest, dass die Bluttemperatur von 37·9° auf 38·4° sich erhöht, dass dieselbe constant mit 0·4—0·5 unter jener des Rectums bleibt, dass also die Hitze keinerlei Einfluss auf die Körpertemperatur hatte. *Dr. Karliński.*

876. ***Antipyrin bei Diabetes insipidus.*** *Von Dr. Opitz, Assistenzarzt. Aus dem Stadtkrankenhause zu Dresden, Abtheilung des Geh. Med.-Rath Dr. Fiedler. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 32.)*

Auf Grund von 3 Beobachtungen schwerer Fälle von Diabetes insipidus gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: Nach längerer erfolgloser Behandlung mit anderen Mitteln gingen mit Verabreichung des Antipyrins die Symptome des Diabetes insipidus sofort zurück; im ersten Falle mit dauerndem, im zweiten mit sehr lange anhaltendem Erfolg auch nach Aussetzen des Mittels. Im dritten Falle stieg die Harnmenge nach Weglassen des Antipyrins wiederholt zur alten Höhe, um nach erneutem Gebrauche stets wieder abzufallen. Mit der Verminderung der Harnmenge und des Durstes hoben sich Allgemeinbefinden und Körpergewicht und trat ungestörter Schlaf ein. Für diese Fälle kann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Besserung und Antipyringebrauch nicht bestritten werden. Diese Thatsache fällt um so mehr in's Gewicht, als zwei Beobachtungen sehr schwere Fälle betrafen, der eine durch seine Daner — 20 Jahre — der andere durch die Höhe der Harnmenge — 16 Liter. Nur einmal zeigte sich bei ungewöhnlich hoher Dosirung eine unangenehme, aber rasch vorübergehende Nebenwirkung. Nachdem die Patientin, 25jähr. Hausmagd, am 8. Versuchstage 4 Gramm Antipyrin gut vertragen hatte, erbrach sie einmal am 9. Tage nach 5 Gramm pro die und verlor den Appetit. Dieser kehrte zwar schon am nächsten Tage zurück, doch fühlte sich Patientin sehr matt. Nach Verf. reicht zur Beurtheilung der Wirkungsweise des Antipyrins das vorliegende Material noch nicht aus. Wichtig wäre der Versuch am Thier, ob auch nach Antipyrinverabreichung Verletzungen an der Rautengrube Polyurie zu erzeugen vermögen. Die Ordination des Antipyrins geschehe von Gramm als Tages- und 0·5 bis 1·0 als Einzeldosis an, um zunächst die Empfindlichkeit des Patienten gegen das Mittel zu prüfen. Man steigt jeden Tag um 1 Gramm, eventuell bis 6 Gramm, bis die Herabsetzung der Harnmenge eintritt. Nach etwa 8 Tagen lasse man das Mittel weg, um die Dauerhaftigkeit der Wirkung zu prüfen und wiederhole nöthigenfalls die gefundene wirksame Dosis. Die werthvollen Beobachtungen von *Opitz* bestätigen die Angabe von *Eichhorst* über die Fähigkeit des Antipyrins, die Harnmenge herabzusetzen (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1888. 13). Verf. ist der bestimmten Hoffnung, dass mittelst der Antipyrinbehandlung die Prognose vieler Fälle von Diabetes insipidus wesentlich günstiger als bisher gestaltet und den Kranken für längere Zeit mindestens grosse Erleichterung gewährt werde. —*r.*

877. ***Ueber das Wesen der Blausäurevergiftung.*** *Von Dr. J. Geppert. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XV. — Wr. klin. Wochenschrift. 1889. 32.)*

Es ist seit Langem bekannt, dass während der Blausäurevergiftung das Venenblut hellroth ströme, woraus zu schliessen ist, dass es sehr viel mehr Sauerstoff enthalte als sonst. Und trotzdem erfolgt der Tod bei dieser Vergiftung unter dem charakteristischen Bilde des Erstickungstodes. Dass die Entstehung einer Cyan-Hämoglobin-Vergiftung dabei nachweislich nicht betheiligt ist, muss bis heute angenommen werden. Die



Versuche von *Gaethgens* (1868) über dieses Thema haben zu keinem endgiltigen Resultate geführt. Auf Grund modificirter und neuer Versuche (s. Original) gelangte Verf. zu folgenden Ergebnissen: Die Vergiftungssymptome werden eingeleitet durch eine Vermehrung der Athmungsgrösse auf's Doppelte bis Dreifache. Hat sich das Reizungsstadium bis zu Krämpfen gesteigert, so hat mit der Dyspnoë auch die Athmungsgrösse ihr Maximum — selbst das Sieben- bis Zehnfache des Normalen — erreicht, um mit Eintritt der Lähmung und Herabgehen der Temperatur rasch und tief zu sinken. Geht die Vergiftung vorüber, so folgt der Lähmung wieder ein Krampfstadium, ein Steigen der Athemgrösse, die erst bei wiedererlangtem Wohlbefinden endlich wieder zur Norm abfällt. Bei Einspritzung des Giftes in's Blut oder Einathmung desselben verläuft die Vergiftung viel stürmischer und rascher. Die Messungen des Sauerstoffverbrauches während der Vergiftung haben zunächst ein geringes Ansteigen desselben im Beginn des ersten Stadiums ergeben (z. B. Verbrauch im Ruhestande norm. 21, Vergiftung 26·7 Ccm. Sauerstoff pro Minute), in der nun folgenden Periode des ersten Stadiums lässt sich aber fast constant eine beträchtliche Abnahme des Sauerstoffverbrauches constatiren (z. B. norm. 33·1; Vergiftung 18·6 Ccm. pro Minute). Bei vorübergehender Vergiftung bemerkte man nach dem Abfall wieder ein Ansteigen, das endlich wieder zur Norm absinkt (z. B. Hund: norm. 39·7; erste Periode 80—53·2; zweite Periode 26·7; sodann Rückkehr zur Norm von 60·6—53·2 herab zum Verbrauch von 39·3). Das nun folgende Krampfstadium wird durch eine geringe Steigerung des Sauerstoffverbrauches eingeleitet (z. B. norm. 65·4, bei schwachen Krämpfen 28·8); ein in vollen Krämpfen liegendes Thier verbraucht aber bedeutend weniger Sauerstoff als ein ruhendes normales (z. B. norm. 20·8; Krämpfe 13·6).

Dies muss umsomehr auffallen, als ein gesundes tetanisirtes Thier einen ungeheuren Sauerstoffmehrverbrauch aufweist (z. B. Hund: norm. 68; unvergiftet tetanisirt 327; vergiftet tetanisirt 101 Ccm. pro Minute). Die Blausäure lähmt also die Fähigkeit des Muskels, bei der Zusammenziehung mehr Sauerstoff an sich zu reissen. Im Lähmungsstadium steht der Sauerstoffverbrauch auch niedriger als in der Norm, doch relativ hoch gegenüber dem Krankheitsstadium. Injection in's Blut hat auch hier einen der subcutanen gleichen Effect. Die Untersuchung über das Verhalten der Kohlensäure ergab zunächst ein Sinken des Gehaltes derselben im arteriellen Blut, ebenso auch im venösen. Demgemäss steigt auch das Verhältniss der abgegebenen Kohlensäure zum aufgenommenen Sauerstoff. Da bei der Vergiftung im Körper angehäufte Kohlensäure ausgetrieben wird, folgt, dass weniger gebildet als ausgeschieden wird. Es wird auch bei dieser Vergiftung die Kohlensäureabgabe energisch gehemmt. Im zweiten Theile dieser hochinteressanten Arbeit werden die Ursachen der Verbrennungshemmung besprochen. Zunächst beweist Verf., dass das Blut, auch zur Zeit wenn es roth in den Venen strömt, wo es ebensoviel Sauerstoff besitzen kann als das arterielle, ohneweiters im Körper reducirt werden kann (durch Einathmung von Wasserstoff), sowie dass die Bindungsfähigkeit des Hämo-



globin für Sauerstoff überhaupt keine Veränderung erfährt. Es ist hieraus, sowie aus Anderem zu folgern, dass die Gewebe unter dem Einflusse der Erkrankung den gebotenen Sauerstoff nicht mehr aufnehmen, weil sie die Fähigkeit dazu verloren haben. Die Blausäurevergiftung ist eine innere Erstickung der Organe bei Gegenwart überschüssigen Sauerstoffs. Die Uebereinstimmung des Vergiftungsbildes mit dem der Erstickung ist ja auch eine längst betonte Thatsache. Die Schwere und Raschheit der nervösen Symptome, die mit den Störungen im Gaswechselprocesse nicht Schritt halten, erklärt *Geppert* aus der folgerichtigen Annahme auch einer Oxydationshemmung im Centralnervensystem und deren dadurch gestörten Functionsfähigkeit. Die Ursache für die Störung der Verbrennungen im Körper liegt in einer directen Einwirkung der Blausäure auf den Muskel, der trotz mangelnder Sauerstoffversorgung dennoch zu functioniren im Stande ist (Krämpfe). Ueber die Art und Weise dieser sonderbaren Wirkung der Blausäure lässt sich nur hypothetisch urtheilen. Vielleicht wirkt sie hier ähnlich wie bei manchen chemischen Processen, die durch die Gegenwart minimaler Blausäuremengen aufgehalten werden; so gibt Jodsäure bei Gegenwart von Blausäure ihren Sauerstoff unter sonst geeigneten Bedingungen nicht mehr wie sonst an Ameisensäure ab. Es wäre also daran zu denken, dass ähnlich auch im vergifteten Körper andere hoch oxydirte Substanzen ihren Sauerstoff nicht mehr wie sonst an oxydable Verbindungen abzugeben im Stande sind.

878. ***Ueber die Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin.*** *Von **S. Jaroschewskji.** (Med. Obosrenje. 1889. 2 u. 3. — Centralbl. f. Chir. 1889. 29.)*

Im Jahre 1885 erschien Verf.'s erster Aufsatz in russischer Sprache über Behandlung des Alkoholismus mit Strychnin, und seit der Zeit sind zahlreiche Arbeiten veröffentlicht, die ein günstiges Urtheil über dieses Mittel aussprachen. Wenn nun auch Stimmen laut geworden sind, die keine guten Resultate aufzuweisen hatten, so weist Verf. hier nach, dass der Misserfolg in mangelhafter Ausführung der Behandlungsmethode zu suchen sei. Die Behandlung müsse consequent durchgeführt werden, sie erfordere in einigen Fällen recht viele Zeit, aber Strychnin besitze die Eigenschaften, die beginnenden destruirenden Processe in den Geweben eines Alkoholikers zu sistiren. Im Laufe von 10 Tagen erhält Patient subcutan 0·002 Grm. Strychnin pro die, darauf folgt die innere Behandlung mit Pillen zu je 0·0016 Grm. Strychnin 2mal täglich, und zwar bisweilen im Verlauf von 2—5 Monaten, wobei dann Abschwellung der vergrösserten Leber, Empfindlichkeiten im Darmtractus, Erbrechen etc. zum Schwinden gebracht wird. — 3 neue Krankengeschichten, die circa 2 Jahr nach der günstigen Behandlung veröffentlicht sind, bestätigen das Behauptete.

879. ***Bromkalium als Antidotum des Jodoforms, beziehungsweise des Jods.*** *Von San.-Rath Dr. **Joseph Samter** in Posen. (Berlin. klin. Wochenschr. 1889. 26. 15. — Schmidt's Jahrb. 1889. 7.)*

Gelegentlich eines Falles von Jodvergiftung ist *Samter* zu der Erfahrung gekommen, dass das Bromkalium ein sicher



wirkendes Antidot gegen Jod sein dürfte. Augenscheinlich beruht diese Wirkung, die Versuche und weitere Beobachtungen bestätigen müssen, nicht nur auf der Attractionskraft, welche das Bromkalium als neutrales Kalisalz auf Jod hat, sondern auch auf einer specifischen Bromwirkung.

880. ***Ueber eine neue Methode der Creosotbehandlung.*** *Von **Schetelig** in Homburg und Nervi. (Deutsch. Medicinalzeitg. 1889. 25. Februar. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 32.)*

Schetelig hat, ausgehend von der Ansicht, dass, um im menschlichen Körper direct antibacilläre Wirkungen zu erzielen, möglichst grosse Quantitäten Creosot einverleibt werden müssten, die subcutane Injection des Mittels versucht. Er injicirt von 20—30%igen Lösungen des Mittels in reinem Mandelöl unter gleichzeitiger leichter Massage (anscheinend täglich) 4 bis selbst 12 Grm. in den Oberschenkel oder die Bauchhaut, „ohne dass bei gewöhnlichen Patienten irgend welche üble Folgen in loco sich mit den grösseren Gaben vergesellschafteten" (12 Grm. 20%iger Lösung = 2·4 Grm. Creosot, 12 Grm. 30%iger Lösung = 3·6 Grm. Creosot). Die Versuche datiren freilich erst seit 4 Monaten und beziehen sich nur auf 14 Fälle. Bis jetzt konnte *Schetelig* nur constatiren: 1. die Unschädlichkeit der Injection grosser Dosen; Dosen von 1·0 bis 1·5 hat er selbst monatelang täglich injicirt; 2. eine ausgesprochene antipyretische Wirkung der Injection bei fiebernden Phthisikern, dergestalt, dass je nach der geringeren oder grösseren Höhe des Fiebers die Temperatur um 1·0—2·5° C. herabgesetzt wurde. Fast stets trat $^1/_4$—1 Stunde nach der Injection Creosotgeschmack im Munde auf. Versuche mit der subcutanen Darreichung von Guajacol, von dem er annimmt, dass es wegen seiner Reinheit ganz ohne Verdünnung einzuspritzen sei, hat Verf. in Aussicht genommen.

881. ***Ein Vergiftungsfall mit Thioresorcin.*** *Von Dr. **H. Amon** in Forchheim. (Münch. med. Wochenschr. 1889. 32.)*

Das Thioresorcin, ein Schwefelsubstitutionsproduct des Resorcins, wurde zum Ersatze des Jodoforms empfohlen. Wenn auch das Mittel therapeutisch noch sehr wenig untersucht ist, kam Verf. doch in die Lage, durch einen Vergiftungsfall die Bekanntschaft desselben zu machen. Ein Pat., 43jähr. Mann, dem dieser gegen ein Ulcus varicosum Jodoform verordnete, erhielt während seines Aufenthaltes in Kissingen in der Ordination eines dortigen Arztes, hauptsächlich um dem unangenehmen Geruche des Jodoforms zu entgehen, als gleichwirkendes und geruchloses Pulver Thioresorcin 10·0 D. usui ext. verordnet. Schon auf der Heimreise spürte der Pat. heftiges Jucken, besonders am Kopfe und an den Armen, nach zwei Tagen trat im Gesichte ein Exanthem auf, begleitet von einer starken ödematösen Anschwellung des linken oberen Augenlides, aber ohne Spur von entzündlicher Röthe. Am meisten ähnelte dieses isolirte Oedem dem bei Trichinosis gesehenen. Schmerzen in dem Lid oder sonst am Körper, gastrische Störungen fehlen. Im Gesicht zeigten sich ausserdem an der Stirne über der Nasenwurzel, dann am Kinn, zu beiden Seiten der Wangen, besonders aber gegen das linke Ohr zu, dann an diesem selbst röthliche flache Erhabenheiten in Linsen- bis Bohnen-



grösse von rundlicher Form, bald vereinzelt, bald conglomerirt. Der Urin bot nichts Auffallendes. Es wurde zunächst an einen Diätfehler gedacht, doch wurde der Zustand nach Verabreichung eines salinischen Abführmittels nicht besser. Temperatur 38·3. Bei der Suche nach der Ursache des Ausschlages kam nun auch die Sprache auf das Unterschenkelgeschwür und da stellte sich heraus, dass der Pat. hierfür das obenerwähnte Thioresorcin erhalten hatte. Dasselbe war einige Wochen hindurch täglich und reichlich angewendet worden. Das Mittel wurde nun weggelassen und durch 10% Borsäure ersetzt. Schon am nächsten Tage war das Exanthem bereits etwas blasser, das Oedem der Augenlider ein wenig geringer, das Jucken am Körper aber bedeutend schwächer geworden. Am 3. Tage, nach dem Aussetzen des Thioresorcins, war weder Oedem noch Jucken mehr vorhanden, während die Stellen des Exanthems als blassgelbliche Erhabenheiten noch sichtbar und fühlbar waren und theilweise auch Abschuppung zeigten. Der vollgiltige Beweis für den Intoxications-Charakter des Exanthems wurde durch einen mit Einverständniss des Pat. durchgeführten Versuch geliefert. Das Thioresorcin, welches, in der Schachtel trocken aufbewahrt, ein mattes Aussehen und eine grau-grünliche, dem Resorcin ähnliche Farbe zeigt, bildet auf der Wunde, von dem Secret derselben zersetzt, ein bernsteingelbes Pulver, welches schliesslich der Hauptsache nach aus Schwefelblumen besteht. Verf. nimmt an, dass ein Theil des Thioresorcins durch das Wundsecret zersetzt worden sei, während ein anderer Theil vielleicht auch in seiner Zusammensetzung zur Resorption gelangt sein könnte. Es würde sich also darnach um eine Mischintoxication von Thioresorcin und reinem Resorcin gehandelt haben. *Loebisch.*

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

882. ***Die gegenwärtige Radicaloperation der Unterleibsbrüche.*** *Von Prof. v. Nussbaum in München. (Berl. Klinik. Heft 12.)*

Es gibt wenige Leiden, die so weit verbreitet, so verächtlich angesehen sind, so gerne beseitigt werden, als die Hernien. Von 20 Kindern hat Eines einen Bruch, auf 4 bruchkranke Knaben kommt ein bruchkrankes Mädchen. Bis zum 12. Jahre heilen aber so viele Hernien spontan aus, dass im 12. Jahre nicht mehr 5% der Kinder bruchkrank sind, sondern nur wenig mehr als 1%. Vom 12. Jahre angefangen vermehren sich die Brüche aber wieder bedeutend, namentlich durch die Anstrengung des Berufes beim männlichen Geschlechte. Vom 20.—30. Jahre findet man ungefähr 5%, vom 30.—40. Jahre 8%, vom 40.—50. Jahre 10%, vom 50.—70. Jahre 20%, vom 70.—80. Jahre 33% der Bevölkerung bruchkrank. In noch köherem Alter nimmt dann die Häufigkeit der Brüche wieder ab. Wohlhabende haben seltener Hernien als Arbeiter; sitzende Arbeit schützt mehr davor als stehende. In den mittleren Lebensjahren ist das weibliche Geschlecht mehr dazu disponirt, als das männliche (Schwangerschaft). Zwei Drittel aller Hernien dürften als hereditär nachweisbar sein, daher auch das allmälige Entstehen der Brüche ungleich häufiger



beobachtet wird, als das plötzliche. Die Indicationen zur Radicaloperation besprechend, kommt Verf. zu dem Satze: **Man darf zur Radicaloperation nur dann schreiten, wenn der Kranke ohne dieselbe in Lebensgefahr kommen kann.** Ist der Bruchleidende aber schon in einem Lebensalter, in welchem eine Selbstheilung sehr unwahrscheinlich ist, oder hat derselbe ein passendes Regime ganz erfolglos durchgemacht, oder ist dem Kranken das Tragen eines Bruchbandes unmöglich oder doch sehr hinderlich, macht dessen Druck die Haut roth und wund trotz aller Sorgfalt in Wahl und Anlegung, oder liegt das Band so unsicher, dass bei grösseren Anstrengungen oft die Eingeweide neben der Pelotte hervordrängen oder sich einklemmen und dann schwer reponiren lassen, so ist die Radicaloperation dringend zu rathen. Dasselbe gilt für irreponible oder solche eingeklemmte Hernien, die sich auf ungefährliche Art nicht mehr zurückbringen lassen. In dem nun folgenden weitaus grösseren Theile seiner Arbeit bespricht nun *Nussbaum* die von ihm geübte Methode der Operation der Hernie, was aber, da es sich in einem kurzen Referate nicht gut geben lässt, im Originale nachgesehen werden mag. Der kurze Aufsatz ist als Emanation des berühmten deutschen Chirurgen von entschiedenem Interesse. *v. Buschman.*

883. ***Ein Fall einer geheilten Leberverletzung.*** *Von Dr.* ***Grassl,*** *prakt. Arzt in Vilshofen. (Münch. med. Wochenschr. 1889. 33.)*

Am 27. Januar Nachts fiel der Sägearbeiter M. F. und stiess sich sein im Griffe feststehendes Messer, das er in der rechten Hosentasche mit der Spitze nach aufwärts trug, bis zum Hefte in den Leib. Trotz der ungemein heftigen Blutung konnte sich F. bis zum nächsten Hause schleppen, wo ihm der alsbald herbeigerufene Bader einen antiseptischen Verband anlegte, worauf die Blutung angeblich stand. Am nächsten Tag, als aus der Wunde eine gelblich-grünliche Masse abging, die der Bader für Darminhalt ansah, wurde Verf. gerufen und fand: Hochgradig anämischer 23jähr. Mann, Puls 60 Schläge in der Minute, Temperatur in der Achselhöhle nach $^{1}/_{4}$ Stunde 38·5. Nach Entfernung des von Blut völlig durchtränkten antiseptischen Verbandes zeigt sich unterhalb des rechten Rippenbogens in der Mammillarlinie eine 5 Centimeter lange klaffende Schnittwunde, die von Aussen und Unten nach Innen und Oben verläuft. Der zufühlende Finger findet, dass die Verwundung unter den Rippen weiter durch die Musculatur in die Leber geht. Ganz vorsichtig wird die Leberwunde mit dem Finger auseinandergedrängt und sofort ein wohl desinficirter elastischer Drain eingelegt und am unteren Rande der Hautwunde mit 2 Heftfäden befestigt; die obere Hälfte der Haut und Musculaturwunde wird genäht. Als Verbandmaterial: Sublimatholzwolle in *Bruns*'sche Watte gewickelt. Dem Kranken wird nur die unbewegliche Rückenlage gestattet und die Einhaltung dieser Lage durch Tücher gesichert. Während der nächsten 3 Wochen ist die Achselhöhlentemperatur gewöhnlich 38, übersteigt nie 38·5 und sinkt nach 3 Wochen auf 37·5 herab, um sich nach 6 Wochen constant auf 37·2 zu erhalten. Schmerz sehr gering. Die am 1. und 2. Tag verordneten Eisumschläge werden bereits am 3. Tag überflüssig. Der Appetit ist stets rege; weisslich-grauer harter Stuhl erfolgt nur auf Oleum Ricini; der Harn

ist klar, hellgelb; der Schlaf dauert täglich 6—8 Stunden. Nach 3 Tagen Verbandwechsel wegen Durchschlagens. Die Holzwolle ist völlig durchtränkt mit einer grünlich-gelben zähen Masse von süsslich-fadem Geruch, die als Galle nicht zu verkennen ist. Der Drain liegt unverändert, nicht verstopft, die genähte Wunde fast verheilt; keine Eiterabsonderung. Die Percussion ergibt eine schwache Vergrösserung der Leber, die auf Druck nicht besonders schmerzhaft ist. Von nun an wird der Verbandwechsel alle 8 Tage, später alle 14 Tage vorgenommen. Der Gallenausfluss wird stets geringer: der Drain nach 3 Wochen entfernt. Nach 6 Wochen ist nur mehr eine kleine Leberfistel vorhanden, die nunmehr nach 5 Monaten verheilt ist. Patient ist völlig schmerzfrei und kann arbeiten wie früher. — Interessant war die ungemein rasche Abmagerung des Patienten, der nach 8 Tagen völlig einem Skelett glich trotz der nicht unbedeutenden Nahrungszufuhr. Da das Fieber keineswegs besonders hoch war, kann die Abmagerung nur auf den Verbrauch des im Körper aufgespeicherten Fettes zurückgeführt werden, bedingt durch den Gallenmangel im Darm. Als einmal im Einverständniss mit dem Kranken fettreiche Nahrung verabfolgt wurde, trat alsbald solches Uebelbefinden, Brechneigung, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit ein, dass von einem weiteren Versuch Abstand genommen werden musste. Fettansatz trat mit der Verminderung des Gallenabflusses durch die Wunde wieder auf. Bei der Würdigung dieses Falles ist zu erwähnen, dass Leberwunden im Allgemeinen zu den schwersten Verwundungen gehören, und zwar hält man ihre Gefährlichkeit bedingt durch die Peritonitis, welche durch den Gallenabfluss erzeugt wird. Diese Furcht vor der Gefährlichkeit der Galle hat den Verf. auch in diesem Falle zur Drainage veranlasst. Wenn nun auch die Ableitung der Galle gut gelang, so war doch schon vor des Verf.'s Ankunft bereits Galle in den Bauchfellraum getreten und sicherlich geschah dies auch noch später, wenn auch im geringeren Maasse, und diese ausgetretene Galle hat nicht die geringste peritonitische Erscheinung hervorgerufen. Es wirkt also die Galle nur dann reizend, wenn sie in grosser Quantität in die Bauchhöhle austritt, oder, was wahrscheinlicher, wenn sie im zersetzten oder inficirten Zustand dorthin gelangt. Der gute antiseptische Verband hat die Infection verhindert und damit wahrscheinlich das Leben des Patienten gerettet. *—r.*

884. ***Laparotomie und Excision des Wurmfortsatzes mit Krankenvorstellung.*** *Von Prof. Schüller in Berlin. Vortrag, gehalten am XVIII. Congr. der deutschen Gesellschaft für Chirurg. 1889. (Centralbl. f. Chir. 1889. 29.)*

Der vorzustellende Fall repräsentirt einen Fall von Perforationsperitonitis, ausgehend von einer ulcerösen Durchbohrung des Wurmfortsatzes, deren auch *Mikulicz* in seinem Vortrage („Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Perforationsperitonitis") Erwähnung gethan habe. Doch hat *Schüller* in seinem Falle bei der Behandlung einen anderen Weg eingeschlagen, wie jener, weil eben die Verhältnisse bei dem Falle anders lagen, als sie gewöhnlich beobachtet werden. Der vorgestellte, früher, abgesehen von Psoriasis und gelegentlicher Obstipation, gesunde Herr erkrankte am 6. März Abends ganz



plötzlich nach dem Essen mit einmaligem Erbrechen und Stuhlgang unter ausserordentlich heftigen, ständig zunehmenden Schmerzen des Leibes, besonders der rechten Bauchbeckengegend, mit grosser Unruhe und Fieber. Diese Erscheinungen nehmen Nachts zu. Am folgenden Tage lässt sich bei der Untersuchung in der Ileocöcalgegend ein etwas derberes wurstförmiges, aber verschiebliches, zuweilen vor dem Finger verschwindendes Darmstück palpiren. Leib mässig gespannt, bei Berührung ausserordentlich schmerzhaft. Deshalb Untersuchung in Narcose, bei welcher jedoch nur das gleiche Ergebniss erzielt wird. Dämpfung in der Darmbeingrube nicht vorhanden. Ueberall tympanitischer Schall. Gesichtsausdruck hochgradig verfallen, Farbe icterisch. Da die Erscheinungen am meisten auf eine Perforationsperitonitis, aber auch auf eine acute Invagination im Ileocöcaltheile des Darmes mit beginnender Peritonitis hinzuweisen scheinen, so wird sofort von *Schüller* die Laparotomie in der Mittellinie über der Symphyse mit einem relativ kleinen Schnitte gemacht. Es findet sich beginnende Peritonitis, ausgehend von dem stark entzündeten, an einer Stelle brandigen und durchlöcherten, mit Kothsteinen gefüllten Wurmfortsatze. Dieser lag zwischen den Darmschlingen relativ frei, nur mit ihnen durch leicht lösliche, eiterig durchtränkte, frische peritonitische Auflagerungen verklebt. Ein Abscess ist noch nicht vorhanden. Das Cöcum erscheint gesund. — Excision des Wurmfortsatzes am Cöcum nach vorheriger Unterbindung und mit folgender Naht des kleinen Darmlumens. Rasche Reinigung der vorliegenden, stark gerötheten, hier und da mit Auflagerungen bedeckten Darmschlingen und der Beckenhöhle mit Sublimat-Chlornatriumlösung. Verschluss der Bauchdeckenwunde. Antiseptischer Verband. Nach der Operation wird zunächst andauernd Opium gegeben, da noch bis zum 2. Tage nach der Operation starke Schmerzen geklagt werden. Vom 3. Tage Abends ab ist Pat. fieberfrei und weiterhin auch schmerzfrei. Am 4. und 5. Tage hat er spontan mehrere Stühle. Von da ab wird der Stuhlgang durch kleine Dosen Ricinusöl geregelt, besonders um die Anhäufung fester Kothmassen im Cöcum zu verhüten. Am 5. Tage verliess Pat. gegen den Willen der Aerzte das Bett, wobei in Folge der starken Spannung der Bauchdecken einige Nähte durchschnitten und die Wundnaht in der Mitte oberflächlich etwas auseinander ging. Doch hatte dies weiter keine Folge, als dass hier in den Stichcanälen eine Eiterung entstand und die Wunde in der Mitte per secundam heilte. Am 27. März (also 20 Tage nach der Operation) ist die Heilung beendet. Der Pat. befindet sich wohl. Der Leib ist weich, schmerzlos. Verdauung und Stuhlgang normal.

885. ***Drillingsgeburt und Eclampsie, glücklicher Ausgang für Mutter und Kinder.*** *Von Oberarzt Dr. H. Vogt in Bergen. (Norsk Magaz. for Laegevidensk. 1889, H. 1, pag. 42.)*

An einen Fall von Drillingsgeburt, der im Accouchement zu Bergen vorkam und wegen heftiger Anfälle von Eclampsie künstlich mittelst Zange und Wendung beendet werden musste, knüpft *Vogt* Bemerkungen über Drillingsgeburt und deren Verhältnisse im Allgemeinen. Die officielle norwegische Statistik zählt auf 1,144.045 Geburten 242 Drillingsgeburten (1 : 6060)



bei 18.018 Zwillingsgeburten (1 : 802), so dass die Drillingsgeburten etwas häufiger als in Preussen (nach *Winckel* bei 13,208,868 Geburten 1 : 7280) sind. Schwankender ist die Zahl der Drillingsgeburt in Anstaltsstatistiken, z. B. 1 : 10.000 im Accouchement zu Christiania, 1 : 13.748 nach *Sinclair* und *Johnston*, dagegen 1 : 6838 nach *Hacker* und 1 : 4847 (43 Frauen unter 208.440 Geburten im Lying-in-Hospital zu Dublin) nach *Mc Clintock*. Die Angabe, dass die Schwangerschaft mit Drillingen fast niemals ihr normales Ende erreiche, wird durch *Vogt's* Fall insofern gestützt, als mindestens 3 Wochen (bei Berechnung von der letzten Menstruation ab) fehlen. Auffällig bleibt das hohe Gewicht, besonders des einen der Kinder (Mädchen), 3600 Grm. für einen Drilling, ebenso der Schädelumfang von 38 Cm., während im Bergener Accouchement von 68 Zwillingen nur 5 über 3200 Grm. wogen und der grösste Schädelumfang 35·8 Cm. war. Das Gewicht der beiden anderen (Knaben und Mädchen) war 2200 Grm., resp. 2300 Grm., der grösste Schädelumfang 33, resp. 34 Cm. Das Vorkommen von Eclampsie, das ja bei Zwillingsgeburten nichts Seltenes ist, ja so häufig ist, dass *Litzmann* das Vorhandensein von Nephritis bei der Diagnose der Zwillingsschwangerschaft in zweifelhaften Fällen benutzen wollte (ist bei Drillingsgeburt bisher nur in einem Falle von *Macdonald* constatirt). Die Placenta war doppelt, eine grosse (Durchmesser 19 und 28 Cm.) aus zweien verschmolzen und eine kleine (12 und 17 Cm.), durch einen 2—5 Cm. breiten Hautgürtel verbunden. In einem anderen in Bergen vorgekommenen Falle waren 3 besondere Placenten da. Vierlingsgeburten kamen in Norwegen nach der officiellen Statistik 1 auf 867.950 Geburten (in Preussen 1 : 366 913). Der letzte Fall ereignete sich 1853 in Hamas. Eine Fünflingsgeburt findet sich in einem gedruckten Berichte des Districtsarztes *W. Schmidt* in Hallingdal vom 23. April; die vier ersten Kinder waren lebend, das fünfte, welches erst am 5. Tage nach der Geburt des ersten zur Welt kam, war todt; 7 Stunden später starb auch die Mutter. *Th. Husemann.*

886. ***Ueber die Ruptur und Vereiterung des Beckengelenks während der Geburt und im Wochenbette.*** *Von* ***Dührssen*** *in Berlin. (Archiv f. Gynäk. 35. Bd. I. Heft.)*

Verf. beschreibt aus der geburtshilflichen Poliklinik der Berliner Charité einen Fall von Ruptur der Symphysis pubis und knüpft daran folgende Folgerungen, indem er sehr genau die betreffenden Literaturangaben berücksichtigt: Die Prognose der Symphysenvereiterung — die Fälle mit allgemeiner Septicämie oder Pyämie werden excludirt — hängt von der Art der Therapie ab. Incidirt man nicht, so tritt dann der Tod in 70·9% der Fälle ein. Ohne Incision erfolgt nur dann die Heilung, wenn eine offene Symphysenruptur mit freiem Abflusse des Eiters vorhanden ist oder der Eiter spontan aufbricht. Nach Entleerung des Eiters kommt die Heilung in der Regel durch knöchernen Callus zu Stande. Bei erfolgter Symphysenruptur spricht ein in den ersten 7 Tagen vorhandenes Fieber an und für sich noch nicht für den Eintritt einer Vereiterung. Längeres Fieber mit dauernder Schmerzhaftigkeit und Anwachsen der Schwellung an der Symphyse zeigt eine Vereiterung des Blutextravasates an. Bei Fieber im Wochenbette ohne auffindbare Ursache sind auch die Becken-

symphysen genau zu untersuchen. Die Incision ist frühzeitig zu machen, um Senkungsabscessen vorzubeugen. Nur bei pathologischen Veränderungen der Beckensymphysen könnte eine, wenn auch schwierige, manuelle Entwicklung der nachfolgenden Schultern eine Ruptur der Symphyse verursachen. Die Ursachen der Symphysenvereiterung sind: 1. Pyämie (metastatische Gelenksentzündung), 2. Infection (nicht septischer Natur) vermittelst einer Scheidenwunde, die manchmal erst im Wochenbette eintritt und 3. Tuberculose. *v. Swiecicki.*

887. ***Kriegschirurgische Erlebnisse aus der Friedenspraxis.*** *Von v. Zoege-Manteuffel. Mitth. aus d. chir. Klin. des Prof. v. Wahl in Dorpat. (Langenb. Arch. Bd. 38, pag. 148. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 29.)*

An der Hand einer der Duellpraxis entnommenen Casuistik plaidirt *v. Zoege-Manteuffel* warm dafür, sowohl bei Weichtheilschüssen des Oberschenkels, als auch bei Knieschüssen im Frieden nicht nach der für den Krieg geltenden Regel primär occlusiv zu verfahren, da, wie die mitgetheilten Fälle zeigen, häufig durch die von den Rundkugeln mitgerissenen Tuchfetzen schwere septische Infection hervorgerufen wurde. Nicht immer gelang es durch secundäre Eingriffe das Leben des Pat. zu retten. Von 7 Weichtheilschüssen sind 3 gestorben. Bei allen fanden sich bei der Section zurückgebliebene Tuchfetzen. Von den 4 Knieschüssen ist keiner gestorben. Bei dreien (Randkugeln) wurden mit der Kugel Tuchfetzen aus dem Knochen entfernt, beim 4. (Spitzkugel) wurden weder Kugel, noch Fremdkörper gefunden. Also: Primäre Antisepsis (Occlusivverband). Operative Entfernung aller die Infectionsmöglichkeit gebenden Fremdkörper, sobald der antiseptische Apparat beschafft werden kann, d. h. spätestens nach einigen Stunden.

888. ***Zur Behandlung der Schusswunden des Dünndarms und Mesenteriums.*** *Von Dr. Bramann. Vortrag, gehalten am XVIII. Congr. d. deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie. 1889. (Centralbl. f. Chir. 1889.)*

Der 26jährige Patient des Vortragenden wurde Ende Februar d. J. mit einer von einem Revolver mittleren Calibers herrührenden Schussverletzung in die Berliner Klinik aufgenommen. Die Einschussöffnung fand sich in der linken Mammillarlinie unmittelbar unter dem Rippenrande, Ausschussöffnung nicht vorhanden, bei genauer Untersuchung fand sich aber die Kugel links hinten in der Gegend der Spina poster. super. nahe der Wirbelsäule. Das Abdomen war sehr schmerzhaft, wenig aufgetrieben, ein freies Exsudat liess sich nicht nachweisen. Der Puls war etwas beschleunigt, aber kräftig und voll, kein Erbrechen. Nach drei Stunden fing Pat. an zu collabiren: sehr bleiche anämische Gesichtsfarbe, der Puls klein, wenig gespannt und sehr beschleunigt, starke Athemnoth, Beklemmung, Ohrensausen, das Abdomen war etwas mehr aufgetrieben und in den unteren Partien war freies Exsudat vorhanden. Es wurde eine intraabdominale Blutung angenommen und sofort zur Laparotomie geschritten. Mit einem Längsschnitt am lateralen Rande des linken Musculus rectus abdominis und parallel dem-



selben, von dem Einschuss beginnend und bis zur Höhe der Spina anter. super. herabreichend, wurde das Abdomen eröffnet, aus welchem sich eine grosse Menge frischen Blutes in theils flüssigem, theils geronnenem Zustande entleerte. Nach Hinzufügen eines parallel dem Rippenrande verlaufenden und bis zum Quadratus lumborum reichenden Querschnittes ergab sich, dass die Kugel durch das Mesocolon ganz dicht über dem Colon, zwischen diesem und dem Magen, ohne beide verletzt zu haben, hindurchgegangen war, das Mesenterium des Quercolon nahe an seinem Ansatz passirt und hier eine grosse Arterie und Vene verletzt hatte, die sehr lebhaft bluteten. Nach Unterbindung der letzteren und weiterer Untersuchung, wobei möglichst jede unnütze Verschiebung der Organe vermieden wurde, zeigte sich eine, dem Colon zunächstgelegene Dünndarmschlinge an zwei Stellen verletzt, der übrige Dünndarm, sowie Dickdarm intact; die Verletzungsstelle des hinteren Peritonealblattes, die schwer zu finden war, lag entsprechend dem Sitze des Projectils, die linke Niere schien tiefer als normal zu stehen, war jedoch unverletzt. An den getroffenen Stellen war die Schleimhaut des Dünndarms prolabirt und verschloss die Schussöffnungen derart, dass auch bei starkem Drücken und Streichen der Darmschlinge weder Gase, noch Darminhalt sich entleerten. Nach Einstülpen der Schleimhaut werden die Schusswunden des Darms und darauf auch die Laparotomiewunde genäht. Der Verlauf war sehr günstig, beim ersten Verbandwechsel am 16. Tage konnte complete Heilung constatirt werden. Zum Schluss spricht *Bramann* seine Bedenken gegen die von *Senn* zur Diagnose der Darmverletzungen empfohlenen Einblasungen von Wasserstoffgas aus, die bei Verletzungen des Dünndarms, zumal der sehr hoch gelegenen Theile desselben, wie im obigen Falle, sehr verhängnissvoll werden, während sie in anderen Fällen häufig im Stiche lassen können.

889. ***Ueber die Jodoformbehandlung der tuberculösen Abscesse, insbesondere der spondylitischen Senkungsabscesse.*** *Von Prof.* ***P. Bruns.*** *(Beiträge z. klin. Chir. IV. 1. — Der prakt. Arzt. 1889. 7.)*

Die glänzenden Erfolge, die *Bruns* in mehr als hundert Fällen von kalten Abscessen und anderen tuberculösen Processen mit der Jodoformbehandlung zu verzeichnen Gelegenheit hatte, lassen es als wünschenswerth erscheinen, die genannte Behandlungsmethode allgemein als Normalverfahren einzuführen. *Bruns* wendet seit einem Jahre als Injectionsflüssigkeit eine Mischung von Jodoform mit Olivenöl (1 : 10) an. Die Wirkung ist die gleiche wie beim Zusatz von Aether, Alkohol oder Glycerin, zum Beweise, dass die antibacilläre Wirkung trotz entgegengesetzter bacteriologischer Resultate dem Jodoform selbst und nicht den andern Bestandtheilen der angewandten Mischung anhafte. Die Injection der Oelemulsion hat ausserdem vor der Glycerin-Alkoholemulsion den Vortheil, dass auf die Injection gar keine Spur von örtlicher oder allgemeiner Reaction folgt, während bei letzterer zuweilen leichtere abendliche Temperatursteigerung beobachtet wird. Ein anderer Umstand, der der allgemeinen Einführung des Jodoformverfahrens hindernd im Wege stand, ist der lange Heilungsverlauf. Der Erfolg ist stets ein sicherer, nur muss man ihn abwarten. Der

gewöhnliche Verlauf ist der, dass bei kleineren Abscessen 2 bis 4 Wochen, bei grösseren 4—8 Wochen verstreichen, ehe eine auffällige Verkleinerung bemerkbar wird. Ist die letztere einmal manifest geworden, so schreitet sie rasch vor, bis der Inhalt des Abscesses verschwunden und nur noch eine umschriebene derbe Resistenz, die geschrumpfte Abscesswand, zu fühlen ist. Zur Erreichung dieses Zweckes sind gewöhnlich 2—3 Injectionen nothwendig, die in Intervallen von etwa 3—4 Wochen vorgenommen werden. Der bei der zweiten Injection entleerte Eiter zeigt gewöhnlich eine dunklere Färbung und schleimige Beschaffenheit, einen günstigen Erfolg anzeigend. Bei grösseren Abscessen beträgt die Heilungsdauer 2, 3 bis 4 Monate, was jedoch nicht schwer in's Gewicht fällt, da der in ambulatorischer Behandlung befindliche Patient keiner besonderen Pflege bedarf und seiner Beschäftigung nachgehen kann. Als Beleg für die Wirksamkeit des Verfahrens theilt *Bruns* die Krankengeschichten von zwölf mit Jodoform behandelten Fällen von Senkungsabscessen im Gefolge tuberculöser Erkrankungen der Wirbelsäule mit, da die Erfolglosigkeit jeder anderen Therapie in ähnlichen Fällen allgemein bekannt ist. Als Injectionsflüssigkeit diente in 8 Fällen eine Emulsion von Jodoform und Glycerin (1 : 10), welche theils mit Alkohol, theils mit Wasser zu gleichen Theilen vermischt war; in 10 Fällen kam die genannte Emulsion von Jodoform mit Olivenöl in Anwendung. Von den 12 Fällen endeten 10 mit vollständiger Heilung; ausser diesen ist in einem Falle unvollständige Heilung beobachtet worden, während in einem Falle der Verlauf nicht ermittelt werden konnte. Ausser diesen localen Erfolgen der Therapie war in fast allen Fällen ein überraschend günstiger Einfluss auf den Allgemeinzustand zu beobachten. Aus der Literatur führt Verf. 35 Fälle von spondylitischen Psoasabscessen, die einer Behandlung mit Jodoformemulsion unterzogen worden waren, an; von diesen sind 24 vollständig geheilt, 5 wesentlich gebessert, 4 ungeheilt, 2 unbekannten Ausganges. Diesen Erfolgen stehen die mit breiter Eröffnung und Ausschabung des Knochenherdes behandelten Fälle gegenüber. *Socin* erzielte mit dieser Behandlung bei 25 Fällen 5 vollständige Heilungen, *Volkmann* bei 58 Fällen 23 Heilungen. Die angeführten Thatsachen sprechen für sich selbst. „Was durch eine eingreifende Operation nur in der Minderzahl erzielt wird, bewirkt die einfache Jodoforminjection fast mit voller Sicherheit. Die früher beinahe hoffnungslose Behandlung der Wirbelabscesse ist jetzt zu einer meist dankbaren Aufgabe geworden.“

890. ***Ueber die Auskratzung des puerperalen Uterus.*** *Von **Cosentini**. (Annali di Ostetricia e Ginecologia. 1888. 11, pag. 481. — — Der Frauenarzt. 1889. August.)*

Cosentini berichtet auf dem IV. Congresse der italienischen Gesellschaft für Obstetrie und Gynäkologie über die Auskratzung des Uterus in puerperalen Processen und bemerkt, dass dieselbe immer bei der Entfernung der Placentarreste anzuwenden sei und der Uterinirrigation voran zu gehen habe. Die einfache oder fortwährende Irrigation des Uterus habe nach *Cosentini* viele Beschwerden, weil man der örtlichen Resorption der antiseptischen Lösung nicht vorbeugen kann. Um die klinischen Befunde mit



den bacteriologischen Wahrnehmungen zu vergleichen, machte er Culturen der ausgekratzten Massen des ersten Tages, weiter von den der folgenden Tage. Alle diese Culturen entwickelten eine sehr geringe Zahl von Mikroorganismen. Während die Culturen der ersten Tage eine Colonienentwicklung und ein Verflüssigen der Gelatine veranlassten, waren keine Resultate mit den an den folgenden Tagen ausgekratzten Massen während 24 Tagen zu bemerken. Hieraus ergibt sich nach *Cosentini* der Werth der Auskratzung. Diese könne aber bei sehr heftiger septischer Endometritis nutzlos sein. Bei allen septischen puerperalen Processen räth er die Curettage an, von einer permanenten Irrigation gefolgt.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

891. ***Ueber eine eigenthümliche Form der Hornhautentzündung.*** *Von Hofrath Prof. Dr.* ***K. Stellwag v. Carion.*** *(Wr. klin. Wochenschr. 1889. 31.)*

Seit December des vorigen Jahres ist auf Verf.'s Klinik eine Reihe von Fällen mit einer ganz eigenthümlichen bisher nicht beobachteten Form der Hornhautentzündung vorgekommen. Charakteristisch sind rundliche oder ovale, zumeist scharf begrenzte, sulzig trübe, grauweisse bis gelblichweisse Herde von 0·5 bis 1·5 Mm. Durchmesser, welche in den verschiedensten Schichten der Hornhaut liegen. Dieselben entwickeln sich nur ausnahmsweise in der Nähe des Centrums allein; in der Regel sitzen sie ihrer Hauptmasse nach in der Randzone, halten sich aber stets wenigstens 0·5 Mm. weit von der Lederhautgrenze entfernt. Es finden sich bald nur einzelne Herde; bald sind sie zahlreich und dann zumeist in eine oder mehrere Gruppen zusammengehäuft. In zwei Fällen waren sie an der Randzone so dicht neben- und hintereinander gedrängt, dass sie, aus einiger Entfernung gesehen, zu einer von der Umgebung stark abstechenden kranzartigen Trübung zusammenzufliessen schienen, welche nur nach unten hin wegen dem Auseinanderrücken der Herde unterbrochen war. Am peripheren Rande dieser kranzartigen Trübung standen die Herde am dichtesten beisammen. Gegen das Centrum hin aber wurden die Zwischenräume immer grösser und die Trübung löst sich in einzelnstehende Infiltrate auf. Uebrigens ist der tiefe Sitz der Herde keineswegs die Regel. Im Gegentheile sind die oberflächlichen Hornhautschichten die vorzugsweise heimgesuchten. Namentlich in jenen Fällen, in welchen die Herde nicht sehr zahlreich sind, können alle Infiltrate oberflächlich oder doch nur einzelne tiefer liegen. Bei grösserer und besonders bei kranzförmiger Häufung der Herde findet sich jedoch immer eine gewisse Quote, deren Sitz in den mittleren und hinteren Schichten der Hornhaut nicht nur durch den Augenschein, sondern auch durch die parallactische Verschiebung übereinander gelegener Herde beim Stellungswechsel des Beobachters mit Sicherheit erwiesen werden kann. Ueberdies sieht man bisweilen ein tiefes Gefäss, welches hinter dem Bindehautsaume mit einer scleralen Randschlinge in Verbindung steht, über einen solchen Herd hinüberstreichen oder zwischen zwei Infiltraten sich hindurch-

schlängeln. Die tiefer gelegenen Herde zeigen sich stets scheiben- oder münzenförmig. Ihre beiden ebenen Oberflächen sind der Schichtung der Hornhaut stets parallel gelagert und ihre Färbung ist eine gesättigtere. Die oberflächlichen Herde hingegen erheben sich öfters etwas über das Niveau des Epithels oder treten gar als kleine rundliche, sulzig-trübe Buckel hervor. Ein solcher Buckel wurde unter Cocain-Anästhesie mit der Nadel abgetragen. In der abgetragenen Masse fanden sich nur dicht aneinandergedrängte Oberhautzellen mit 1—5 Kernen, keine Rundzellen und Coccen. Der Inhalt des Buckels bestand offenbar blos aus sulzigem Exsudate.

Die Krankheit setzt immer mit Schmerzen in der Stirn- und Augengegend, mit Gefässeinspritzung und Thränenfluss ein. Bei einem der Kranken waren die heftigen Schmerzen genau auf das Verzweigungsgebiet des Stirnnerven beschränkt. Am zweiten oder dritten Tage ist das Leiden gewöhnlich auf seiner Höhe angelangt und die Mehrzahl der eigenthümlichen Herde entwickelt. Man findet dann die Lider, besonders ihre freien Ränder, mehr oder weniger entzündlich geschwellt. Die Bindehaut ist ihrer ganzen Ausdehnung nach von groben Netzen blutüberfüllter Gefässe geröthet, in wechselndem Grade geschwellt und ihr Augapfeltheil öfters von zahlreichen hirse- bis hanfkorngrossen, nicht scharf begrenzten Anhäufungen einer wasserhellen Lymphe (erweiterten Lymphgefässen?) uneben. Immer besteht eine sehr stark ausgesprochene Hyperämie der dichten episcleralen Gefässnetze rings um die Hornhautgrenze, namentlich im Bereiche gruppig gehäufter Cornealinfiltrate. Der Bindehautsaum ist von blutüberfüllten, dicht aneinander gedrängten Gefässschlingen und einem sulzigen Infiltrate geschwellt, welches an einzelnen Stellen sich bisweilen mehr ansammelt und dann hirsekorngrosse Buckel im Limbus bildet. Die eigentliche Hornhautsubstanz ist, abgesehen von den charakteristischen umschriebenen Infiltraten, öfters ganz unverändert durchsichtig; oder sie zeigt sich blos in der Umgebung der Herde nebelig oder wolkigtrüb, und dann auch wohl bisweilen von einem einzelnen tiefen Gefässe durchzogen; oder endlich, besonders bei massenhafter Entwicklung der eigenthümlichen Infiltrate, ihrem ganzen Umfange nach, auch an den freien Stellen, von einem diffusen interstitiellen Entzündungsproducte staubigtrüb. In einem solchen Falle liess sich nebstbei eine heftige Iritis mit floräbnlichem Beschlage der Vorderkapselmitte deutlich nachweisen. Der Verlauf ist ein überaus rascher und bisher immer nach zwölf bis vierzehn Tagen abgeschlossen gewesen. Die eigenthümlichen Herde verschwinden meistens innerhalb der angegebenen Zeit, ohne Spuren zu hinterlassen, durch Aufsaugung. Bei kranzförmig angehäuften Infiltraten greift die Schmelzung wohl auch in die Tiefe, legt immer wieder neue Herde bloss, welche dann auch zerfallen, so dass schon wenige Tage nach dem Auftreten der Krankheit grössere Theile des Kranzes in ein mächtiges Geschwür verwandelt erscheinen. Aber auch hier erfolgt die Reinigung des Geschwüres und der Ersatz des Verlorenen durch neugebildete Hornhautsubstanz sehr rasch, der Boden hebt sich und innerhalb der angegebenen Frist ist Alles spurlos verheilt. Die beobachteten Fälle betrafen in der überwiegenden Mehrzahl schwächliche blasse Weiber und Männer

von 18 bis 45 Lebensjahren. Doch waren ein Mann und ein Weib darunter, deren Körperbeschaffenheit und Gesundheitszustand nichts zu wünschen übrig liess. Eine kränkliche blasse Frau gab an, dass sie während ihrer Menstruationsperiode schon öfter von ähnlichen Augenleiden befallen worden sei. Ein Mann klagte Verkühlung als nächste Ursache an. Von einer Periodicität des Leidens konnte in keinem Falle ein sicherer Nachweis erbracht werden. Die Behandlung des Leidens beschränkte sich auf Einträufelungen einer einprocentigen Atropinlösung und Anlegung des Schutzverbandes, bei tiefergreifenden Geschwüren wurde einigemale Jodoform eingestäubt. —*r.*

892. ***Ueber den Werth der vollkommenen Sehkraft für den Zahnarzt.*** *Von* ***William Lang*** *F. R. C. S. (The Dental Record. 1889. Mai. — Oesterr.-ungar. Vierteljahresschr. f. Zahnheilkunde. 1889. Juli.)*

Verf. macht die Zahnärzte aufmerksam, dass seiner reichen Erfahrung nach Misserfolge in den zahnärztlichen Arbeiten, besonders Goldfüllungen, weniger im Mangel an Geschicklichkeit und Wissen, als in krankhaften Veränderungen der Augen der Operateure zu suchen seien. Er führt besonders zwei Fälle an. In dem einen handelt es sich bei einem Studenten der Zahnheilkunde um einen leichten Grad von Astigmatismus, ein Umstand, der beim Füllen recht verhängnissvoll werden kann, da bei diesem Zustand bekanntlich zwei zu einem rechten Winkel gestellte Linien unmöglich vollkommen deutlich gesehen werden können, daher zwei von den vier Rändern einer Goldfüllung ebenfalls nur unklar gesehen werden, da sie ausserhalb des Focus stehen; natürlich wird ein kleiner Defect am Rande einer Goldfüllung bei dieser undeutlichen Sehschärfe leicht übersehen. Das wird sich regelmässig wiederholen und sollte des Operateurs Verdacht erwecken, wenn er bemerkt, dass der Fehler in seiner Arbeit gewöhnlich am Rande beginnt und von da in einer bestimmten Richtung, gewöhnlich verticalen oder horizontalen, verläuft. Der zweite Patient ist ein noch junger Zahnarzt mit grosser Praxis; er war immer ein wenig kurzsichtig, was er für einen Vortheil in seiner Arbeit hielt. In letzterer Zeit ist er mit dem Resultat seiner Arbeit nicht zufrieden. Die Untersuchung ergab, dass er an ziemlich hohem Grad von Myopia astigmatism. litt, trotzdem er mit beiden Augen den feinsten Druck lesen konnte. Patient gesteht später, dass er, seit er Gläser trägt, viel besser arbeite. Der Verf. richtet zum Schlusse die Mahnung an die Zahnärzte, ihre Augen an den bekannten Tafeln zu prüfen und bei der kleinsten sich ergebenden Schwierigkeit sich an den Ophthalmologen zu wenden.

893. ***Bericht über ein 8jähriges Kind mit angeborner totaler Cataract und dessen Verhalten während der ersten 3 Wochen nach wiedererlangtem Sehen.*** *Von Dr.* ***Fischer,*** *Assistent an der Prof. Schöler'schen Augenklinik in Berlin. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dec. 1888. — Schmidt's Jahrb. 1889. 7.)*

Da ähnliche Fälle nur sehr wenige in der Literatur beschrieben sind und da es bei den heutigen Verkehrsverhältnissen auch in den entlegensten Gegenden nur sehr selten vorkommen dürfte, dass Kinder mit angeborener Cataract nicht schon in den



ersten Lebensjahren operirt werden, wird jeder vorkommende Fall um so grösseres Interesse erregen. Es handelt sich hier um ein sonst körperlich gut entwickeltes 8jähriges Mädchen mit weichem Totalstaar, das nach der Operation durch Prof. *Schöler* auf beiden Augen wieder gutes Sehvermögen erhielt. Die Wiedergabe all der kleinen verschiedenen Beobachtungen vom 8. Tage nach der Operation an (bis dahin wurden die Augen verbunden) würde in einem Referate zu grossen Raum einnehmen. Mühsam, aber mit jedem Tage besser und schneller musste das Kind erst lernen, die optischen Eindrücke zu verwerthen. Noch am 21. Tage nannte sie ein Huhn ein Katze, nachdem sie, so lange das Huhn sich nicht bewegte, überhaupt nicht anzugeben vermochte, was es vorstellte. Die Fixation war schon am 2. Tage gut; schon am 3. Tage taxirte die Kleine Richtung und Entfernung genau, wenn die Gegenstände in grösserer Nähe waren. Unterschiede in der Grösse waren ihr in der 2. Woche schon ziemlich geläufig, nachdem sie vorher noch kleine Pflaumen und grosse Aepfel verwechselt hatte; und während sie anfangs an Gegenstände stiess und stolperte, besserte sich das Orientirungsvermögen schon sehr vom Ende der ersten Woche an. Aber ganz im Gegensatze zu dem allen steht das langsame Erlernen der Formen. Lange war ihr alles Glänzende eine „Flasche“ und alles sich Bewegende eine „Katze“, das erste ihr gezeigte Thier.

894. ***Syphilis der Paukenhöhle.*** *Von **W. Kirchner** in Würzburg. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 28. H. 3. — Pester med.-chir. Presse. 1889. 29.)*

Bei einem 29jährigen Hausburschen, den Verf. durch längere Zeit hindurch öfters poliklinisch behandelte, der aber auch zwei Mal einer Allgemeinbehandlung in der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten unterzogen worden war, wurden als Ursache der Ohrbeschwerden Exsudatansammlungen in der Paukenhöhle gefunden, die jedoch jeden charakteristischen Zug für Lues entbehrten. Patient endete durch Selbstmord, indem er sich ertränkte, und nun konnte Verf. seine Untersuchungen an den Schläfenbeinen machen. In der Paukenhöhle fand sich beiderseits eine geringe Menge blutig-wässerigen Exsudats und eine mässige Gefässinjection am Promontorium. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich die Gewebe sehr gut erhalten. Die Schleimhaut zeigte in den oberen Partien ein lockeres, in den tieferen aber ein straffes Gefüge; in den Gefässwänden fanden sich kleinzellige Infiltrate vor, die an den grösseren Arterienstämmchen am Promontorium auch noch eine bedeutende Verengerung des Lumens constatiren liessen, verursacht durch Wucherungen der Intima. Ausser dieser Endarteriitis syphilitica konnten in den tiefen periostalen Schichten der Paukenhöhlenschleimhaut auch noch linsenförmige Auflagerungen auf dem Promontorium, in kleinerem Maassstabe aber auch in einigen *Havers*'schen Canälen aufgefunden werden, daher eine ossificirende Periostitis. Zum Schlusse macht Verf. in klinischer Beziehung auf die Otalgien aufmerksam, die den Patienten die Poliklinik oft aufzusuchen veranlassten; dieselben finden nämlich ihre Erklärung in der Erkrankung des Periosts und der Gefässalterationen, und auffallender Weise ist das Gehörvermögen Anfangs gar nicht be-



deutend alterirt und später, wenn die Ernährungsstörungen Exsudation, Hyperämie und andere Erkrankungen veranlassen, wiederholen sich die Otalgien; bei langwierigen Otalgien soll man daher an die Möglichkeit einer syphilitischen Erkrankung denken.

Dermatologie und Syphilis.

895. ***Ueber antiseptische Behandlung der Variola.*** *Von Dr.* ***M. Lewentaner*** *in Constantinopel. (Therapeut. Monatsh. 1889. Juni.)*

Verf. theilt eine Behandlungsmethode mit, vermittelst welcher es ihm in 6 Fällen schwerer confluirender Variola zu Constantinopel gelungen war, alle Kinder erfolgreich zu behandeln. Die Kinder standen im Alter von 10, 11, 15 und 18 Monaten. Das jüngste 10monatliche — Verf.'s eigenes Kind — erkrankte im März 1884, ohne dass ein Prodromalstadium bemerkt wurde, an den confluirenden Pocken. Um gleichzeitig antiseptisch und antifebril einzuwirken, applicirte Verf. eine 3procentige Carbolsäurepasta aus Amylum und Ol. amygdal. dulc., auf einer Leinwandmaske so zugerichtet, dass nur schmale Oeffnungen für Augen, Nase und Mund zurückblieben. Auf diese Weise wurden der ganze behaarte Kopf, Gesicht und Hals mit der Maske eingehüllt. Der Rumpf und Extremitäten wurden öfters mit Folgendem gepinselt:

Rp. *Glycer. neutr.* *70·0,*
Amyl. pur. *30·0,*
Acid. salicyl. *3·0.*
M. f. Pasta.

Nach einigen Tagen wurden die bis nun, besonders im Gesicht und Händen, noch isolirt stehenden, mit deutlicher centraler Delle und rothem Hof umgebenen Bläschen und Pusteln confluirend und zu grossen, mit grauem Eiter gefüllten Blasen umgewandelt. Keine Blase platzte, sondern alle trockneten, trotz des immerwährenden Benässens mit den Pasten, zu einem honiggelben Schorf ein, und nach dem Abfallen derselben hinterblieb gar keine Spur von Narben. Nur an den Stellen, wo die Maske nicht hermetisch anliegen konnte, wie oberhalb der Nasenflügel, an der Nasolabialfalte blieben kaum merkbare Narben zurück. Die anderen 5 Kinder wurden nach demselben Princip mit gleichem Erfolg behandelt, nur mit dem Unterschiede, dass, anstatt der Carbolsäurepaste, eine Salicylsäurepaste angewendet wurde. Möglicherweise hat auch der Modus der von Verf. nebenbei eingeleiteten weiteren Behandlung etwas zum günstigen Ausgang beigetragen. Gewöhnlich werden die Schleimhäute der Nase, des weichen Gaumens, Pharynx etc. von den Pusteln nicht verschont, wodurch gefährliche Complicationen seitens dieser Gebilde entstehen können. Um daher den Pharynx vor Trockenheit zu schützen und schlüpfrig zu erhalten — die Nasengänge wurden bereits am 2.—3. Tage der Krankheit vollkommen undurchgängig — verordnete Verf. Folgendes:



Rp. *Ol. amygdal. dulc.* *15·0,*
Syrup. aurant. flor. *30·0,*
Aqu. laurocer. *10·0,*
Chinin. hydrochl. *0·3.*
Solv. in Acid. hydrochlor. q. s. f. Emulsio.
S. Davon alle $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde in liegender Stellung mittelst Tropfenzähler dem Kinde einzuflössen.

— Die Kinder können sich gegen diese Manipulation nicht wehren, weil sie in Folge der geschwollenen und mit einander verklebten Lider den Tropfenzähler nicht wahrnehmen können und gewöhnen sich bald daran, die bittere Medicin zu schlucken.

—*r.*

896. ***Ein Beitrag zum Nachweise der Gonococcen.*** *Von Dr.* ***Josef Schütz.*** *(Münchn. med. Wochenschr. 14.)*

Verf. empfiehlt folgendes, auf der relativen Säurefestigkeit beruhendes Verfahren zur isolirten Färbung der Gonococcen: Die recht gleichmässig und dünn hergestellten Deckglastrockenpräparate kommen, nachdem sie 3mal durch die Flamme gezogen sind, für 5—10 Minuten in eine kalte, filtrirte, gesättigte Lösung von Methylenblau in 5% Carbolwasser. Alsdann werden die Präparate abgespült und einen Moment (so lange es dauert, als man langsam 1, 2, 3 zählt) in Essigsäurewasser (5 gtt. Acid. acet. dil. auf 20 Ccm. Aq. dest.) getaucht und nun sofort wieder im Wasser gründlich abgespült. Alles ist dann im Präparate entfärbt, bis auf die Gonococcen, die deutlich blau bleiben. Es empfiehlt sich, die entfärbten Präparate nun mit einer sehr diluirten wässerigen Safraninlösung zu überfärben. Letztere Färbung muss nur gering einwirken und sofort unterbrochen werden, wenn beim Betrachten des mit Wasser abgespülten Deckglases gegenüber einer weissen Fläche (Porzellanplatte) die Safraninfärbung eben kenntlich wird. Erwärmt man den Objectträger über der Spirituslampe, lässt etwas durch Stehen an der Luft eingedickten Canadabalsam auf dem erwärmten Objectträger zergehen, legt das wohl getrocknete und etwas erwärmte Deckglaspräparat darauf und putzt nach Erkalten mit Alkohol blank, so hat man unbegrenzt haltbare Dauerpräparate, in denen die Gonococcen satt-blau, Epithelien ebenfalls blau, Eiterzellen und deren Kerne lachsfarben gefärbt sind. *Schnirer*, Wien.

897. ***Behandlung der Stricturen der männlichen Urethra.*** *Von* ***J. H. Girdner.*** *(The Post-Graduate. Ref. in The Med. Record. N.-York 1889. 11.)*

Girdner empfiehlt bei Stricturen in der Pars cavernosa urethrae Bougies einzuführen und 5 Minuten liegen zu lassen. Während dieser Zeit soll der Penis am Sitze der Strictur zwischen Daumen und Finger zart, aber fest gegen das Instrument angedrückt werden. Durch diese Massage soll die Strictur schwinden und sich nicht wieder bilden. Zur definitiven Heilung von Stricturen in den tieferen Theilen der Harnröhre eignet sich dieses Verfahren nicht, hier dient es nur als Palliativum. Um diese Stricturen dauernd zu beseitigen, räth Verf. zur Urethrotomia externa.

Sternthal.

898. ***Ueber Syphilis- und Smegmabacillen.*** *Von* ***Josef Lewy.*** *Inaug.-Diss. Bonn 1889. (Centralbl. f. Bacteriol. V. Bd. 19.)*

Verf. studirte unter *Doutrelepont's* Leitung die Beziehungen der Smegma- zu den eigentlichen Syphilisbacillen. Er führte mehrere Unterscheidungsmerkmale zwischen den Smegmabacillen und den Syphilisbacillen an.

1. Die Syphilisbacillen finden sich im Secrete luetischer Producte, sowie in den Geweben aller 3 Stadien der Syphilis.	1. Die Smegmabacillen finden sich im Smegma praeputiale penis et clitoris zwischen grossen und kleinen Labien etc.
2. Die Syphilisbacillen liegen meist dem Epithel auf, doch kommen auch einzelne frei liegend vor. Sie erscheinen selten in grösseren Haufen.	2. Die Smegmabacillen kommen, den Epithelien auf- oder anliegend, oft in sehr grossen Haufen vor, finden sich aber auch zahlreich ausserhalb der Epithelien.
3. Die Syphilisbacillen sind meist schlanke, gerade oder gebogene Stäbchen.	3. Die Smegmabacillen erscheinen meist als kleinere, plumpere Stäbchen; überhaupt grössere Mannigfaltigkeit der Formen.
4. Die Syphilisbacillen ertragen den Alkohol ziemlich lange.	4. Die Smegmabacillen werden durch Alkohol bald entfärbt.
5. Säuren entfärben Syphilisbacillen nach 30—45 Secunden.	5. Smegmabacillen ertragen Säuren oft 2 Minuten und darüber.
6. Syphilisbacillen werden durch Eisessig fast augenblicklich entfärbt.	6. Smegmabacillen ertragen den Eisessig bis zu 45 Secunden.
7. Je jünger das Infiltrat, um so zahlreicher die Syphilisbacillen.	7. Je länger das Secret sich angesammelt hat, umso zahlreicher finden sich die Smegmabacillen.

Aus den angeführten Unterschieden schliesst *Lewy*, dass die Syphilisbacillen mit den Smegmabacillen nichts zu thun haben. Eine diagnostische Bedeutung schreibt Verf. dem *Lustgarten*'schen Bacillus trotzdem nicht zu; auch bezüglich der ätiologischen Bedeutung dieses Bacillus spricht sich Verf. reservirt aus.

Schnirer, Wien.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

899. ***Beitrag zur Kenntniss der Einwirkung des Schlafes auf die Harnabsonderung.*** *Von Dr.* ***Friedrich Glum.*** *Inaugural-Dissert. Kiel 1889.*

Unter der Leitung von Prof. *Edlefsen* trat Verf. gegenüber den Angaben von *Posner*, dass im Laufe der Nacht anfangs ein schwerer und spärlicher, allmälig ein immer dünnerer und leichterer Harn abgesondert werde, welche in directem Gegensatz zu den

bisherigen Beobachtungen von *Edlefsen* und *Quincke*, auch von *Wollheim de Fonseka* standen, der im Titel genannten Frage an einem grösseren Materiale (Kranken des Kieler städtischen Krankenhauses) näher. Die zahlreichen Versuche, deren Anordnung im Originale nachzusehen sind, führten zu dem Resultate, dass die Harnabsonderung während des Schlafes eine verminderte ist, und dass gleich nach dem Schlaf eine gesteigerte Thätigkeit der Nieren stattfindet, welche zur *Quincke*'schen Harnfluth führt. Eine ganz kurze Unterbrechung des Schlafes ruft bei Personen, die leicht wieder in festen Schlaf fallen, keine Aenderung der Harnabsonderung im Sinne der *Quincke*'schen morgendlichen Harnfluth hervor. Während der Nacht wird gegen Morgen zu ein concentrirterer Harn abgesondert, und zwar nimmt die Concentration unter normalen Verhältnissen bei festem Schlaf gegen Morgen continuirlich zu. Die von *Edlefsen* nachgewiesene Schichtung des Harns in der Blase während der Nacht, in Folge deren die ersten Portionen des gelassenen Urins die specifisch schwersten sind, ist mit ein Beweis für die herabgesetzte Function der Nieren während des Schlafes anzusehen. Die Ausscheidung der festen Stoffe durch den Urin scheint sich im Allgemeinen während des Tages und der Nachtstunden wie 3 : 2 zu verhalten.

—sch.

900. ***Untersuchungen über die intracelluläre Verdauung.*** *Von* ***E. Metschnikoff.*** *(Annal. de l'Institut Pasteur. 1889, 1, pag. 25. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 32.)*

Seine bekannte Phagocytenlehre führt *Metschnikoff* zu einem genaueren Studium der intracellulären Verdauung, für welches ihm zunächst die Myxomyceten als geeignetes Object erscheinen. Es ist von ihnen bekannt, dass sie gewisse Stoffe in sich aufnehmen und auflösen können; dass diese Lösung als Verdauung im engeren Sinne aufzufassen sei, war aber bisher nicht erwiesen, da zwar von verschiedenen Beobachtern Pepsin, nicht jedoch eine für die Pepsinwirkung unerlässliche Säure in den Schleimpilzen nachgewiesen war. *Metschnikoff* führt diesen Nachweis mittelst Körnchen von blauem Lackmus; dieselben färben sich, nachdem sie vom Plasmodium der Myxomyceten aufgenommen sind, roth, wobei sie direct im Protoplasma oder in einer wechselnd grossen mit sich ebenfalls röthender Flüssigkeit gefüllten Vacuole liegen. Zur Zeit der Sporenbildung stösst der Schleimpilz nicht nur die Fremdkörper aus (wie schon bekannt), sondern hört auch mit der Production des Verdauungssaftes auf. Entsprechende Verdauungsvorgänge finden sich (wenn auch nicht durchgehends) auch bei anderen niederen Organismen. Ueber die Verdauung bei den Phagocyten theilt *Metschnikoff* zunächst nur mit, dass die mononucleären Leucocyten bei Triton taeniatus ebenfalls eine localisirte Säurebildung innerhalb ihres Protoplasmas zeigen, auch erinnert er an die Beobachtung von *Roustizky*, dass die Osteoklasten sauer reagiren.

901. ***Zur Aetiologie des Trismus s. Tetanus neonatorum.*** *Von Dr.* ***E. Peiper.*** *(Centralbl. f. klin. Med. 1888. 42. — Archiv f. Kinderheilk. 11. Bd. 1. H.)*

Aufmerksam gemacht durch die Untersuchungen *Beumer's*, nach welchen der Trismus s. Tetanus neonatorum eine Infections-



krankheit und nicht eine „Neurose unbekannten Ursprungs“ sei, verfolgte *Peiper* einen Fall von Trismus bacteriologisch. Nach dem erfolgten Exitus letalis excidirte er unter den üblichen Cautelen den Nabel, der während der Erkrankung stets mit einem Tröpfchen Eiter bedeckt gewesen sei, sonst aber nichts Abnormes dargeboten habe. Die Untersuchung von Streifpräparaten ergab neben verschiedenen Coccen die Anwesenheit kleiner, zierlicher Stäbchen, die etwas länger und dicker als die Bacillen der *Köschen*'schen Mäusesepticämie erschienen seien. Weiters verimpfte *Peiper* unter die Haut von 2 Mäusen Material aus der Nabelmitte, unter die Haut von 4 Mäusen kleine Hautstückchen aus der Umgebung des Nabels. Sämmtliche Thiere erkrankten einen Tag nach der Impfung an deutlichen Erscheinungen des Impftetanus und gingen am darauffolgenden Tage zu Grunde. Hierauf wurden 2 Meerschweinchen mit Muskelstückchen aus der nächsten Umgebung der Impfstellen der verendeten Mäuse geimpft und erkrankten 5 Tage nachher an Tetanus. Aus diesen Versuchen ersehe man deutlich die Identität des Wund- und Impftetanus mit dem Trismus neonatorum, weshalb Verf. die aseptische Behandlung der Nabelwunde auf's Dringlichste empfiehlt, zumal bei dem grossen ectogenen Verbreitungsbezirke der Tetanusbacillen eine Infection der Nabelwunde sehr leicht möglich sei.

902. ***Ueber die krankheitserregende Wirkung der Speichelbacterien.*** *Von Dr.* ***Gneit,*** *Corvettenarzt. (The Chemist and Druggist. 1889. Juni. — Oesterr.-ungar. Vierteljahresschr. f. Zahnheilk. 1889. Juli.)*

Verf. machte folgende Erfahrungen bezüglich des krankheiterregenden Charakters der Speichelmikroben. Nach Neu-Caledonien verbannte Sträflinge stachen nämlich, um sich von der Tagesarbeit zu befreien, mit dem sich zwischen ihren Zähnen befindlichen „Weinstein“ beschmierte Nadeln unter ihre Haut, manche nähten sogar, der Gewissheit des Erfolges halber, mit demselben getränkte Fäden in ihre Haut; die Folge war stets eine heftige Phlegmone. Einer der waghalsigen Experimentatoren wurde endlich in Folge eines an seinem Schenkel entstandenen gangränösen und erysipelatösen Abscesses gefährlich krank und gestand die ganze Manipulation ein.

903. ***Bericht über Versuche, die experimentelle Erzeugung von Harnsteinen betreffend, welche W. Ebstein und A. Nicolaier (Göttingen) angestellt haben.*** *Von Prof.* ***König*** *in Göttingen. Congress d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. 1889. (Centralbl. f. Chir. 1889. 29.)*

Ebstein und *Nicolaier* haben durch Fütterung von reinem Oxamid, dem einen Ammoniakderivat der Oxalsäure, bei Hunden und Kaninchen Harnconcremente erzeugt, und zwar fanden sie die grössten im Nierenbecken, die kleinsten in der Form von Sand oder Gries in allen Theilen des Harnapparates. Die Concremente haben die Härte 2 (Steinsalz) und sind im Gegensatz zu der rein weissen Farbe des verfütterten Oxamids grünlichgelb. Die grössten Concremente zeigen eine rauhe, warzige Oberfläche. Bei der mikroskopischen Untersuchung von Dünnschliffen dieser Concremente sieht man kreisförmige Figuren, meist Kreissegemente



von geringerer und grösserer Ausdehnung, die neben einer concentrischen Schichtung Radialfasern erkennen lassen. Die Untersuchung dieser Dünnschliffe mit dem Polarisationsmikroskope ergibt an den geschilderten kreisförmigen Figuren mit der concentrischen und radialfaserigen Streifung das schwarze Kreuz der Sphärolithe, d. h. radialfaseriger Aggregate, welche nur aus einer homogenen Substanz bestehen. Nach der chemischen Untersuchung bestehen die Concremente aus Oxamid; es ist nur noch, wie bei allen übrigen Harnconcrementen, ein Gerüst vorhanden, welches aus einer die Reactionen der Eiweisskörper gebenden Substanz zusammengesetzt ist. Dieses eiweissartige Gerüst hat, wie Schnitte durch dasselbe zeigen, ebenso wie die Oxamidconcremente, einen concentrisch schaligen Aufbau, es fehlen aber die Radialfasern, woraus hervorgeht, dass dieselben von dem Steinbildner, dem Oxamid, gebildet werden. Das Gerüst wurde durch Digeriren des Concrementes in destillirtem Wasser von 80—90° C. dargestellt.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

904. ***Eine neue Lebensprobe.*** *Von Dr.* ***Stanislas Stephan Zaleski,*** *Docent in Dorpat. (Przeglad lekarski. 31, 32, 33. — Archiv f. Kinderkrankh. XI. Bd. I. H.)*

Da bis nun keine einzige sichere Probe existirt, auf Grund deren man behaupten kann, dass ein Kind todt oder lebend zur Welt gekommen ist, so möchte Verf. die Aufmerksamkeit der Gerichtsärzte auf einige bis nun wenig berücksichtigte physiol. Facta lenken, die nach gründlicher Untersuchung und Beobachtung zu einer neuen Methode behufs Feststellung der Frage, ob ein Kind todt oder lebend geboren wurde, führen würden. Zum Ausgangspunkte für seine Arbeit dient Verf. der Umstand, dass die fötale Lunge nur so viel Blut erhält, wie viel zur Ernährung des Gewebes nothwendig ist, während der kleine Kreislauf erst nach der Geburt seine Thätigkeit beginnt, in Folge dessen die Lunge in sehr kurzer Zeit, vielleicht in einem Moment, eine bedeutend grössere Menge Blutes zugeführt bekommt. Das Blut enthält einen Bestandtheil, der in grosser Menge und in fast unveränderlichem Verhältniss vorkommt und auch leicht sich quantitativ bestimmen lässt — nämlich das Eisen. Eine Lunge, die geathmet hat, wird also bedeutend mehr Eisen enthalten, wie eine, die noch nicht geathmet hat, es kann also die Menge des vorgefundenen Eisens uns darüber belehren, ob das Kind todt oder lebend zur Welt gekommen ist. Was die specielle chemische Untersuchung anbelangt, die Verf. unternommen hat, und welcher die Unterbindung der Lungenwurzeln, Durchtrennung unterhalb der Ligatur, Besichtigung in toto, Vornahme der Schwimmprobe und anatomische Untersuchung vorhergeht, wird auf das Original verwiesen. Das numerische Ergebniss von 7 Untersuchungen, 4mal bei todtgeborenen, 3mal bei lebend zur Welt gekommenen, führte zu folgenden Schlüssen: 1. Die Procentmenge der trockenen Substanz, sowie die Procentmenge des Eisens ist bedeutend geringer in den Lungen solcher Kinder, die nicht geathmet haben, als in den Lungen von Kindern, die geathmet haben. 2. Der Unter-



schied ist besonders bemerkbar beim Vergleichen der Procentmenge des auf die Trockensubstanz jedes einzelnen Falles zu fallenden Eisens. 3. Der Unterschied beim Vergleichen der Durchschnittszahlen ist auffallend. 4. Mit dem Alter des Fötus, resp. Kindes wächst auch die Menge des erhaltenen Eisens. 5. Der krankhafte Zustand der Lunge hat keinen merklichen Einfluss auf den Eisengehalt. 6. Die Blutimbibition des Lungengewebes scheint ebenfalls keinen Einfluss auszuüben. 7. Die „Eisenlungenprobe" steht nicht im Widerspruch zu anderen Proben. 8. Die Menge des Eisens in der Lunge ist bedingungslos abhängig von der Athmung, und wächst im geraden Verhältniss zur Function des Organes. Nach Verf. eignet sich diese Methode auch bei Fäulniss der Lungen oder in anderen Fällen, wo keine andere Probe mehr angestellt werden kann, bei gekochten Lungen, in Alkohol aufbewahrten u. s. w., ebenso in Fällen, wo künstliches Athmen, sei es durch *Schultze*'sche Schwingungen, sei es auf andere Arten, ausgeführt wurde. In letzteren Fällen müsste aber früher constatirt werden, dass bei Anwendung der *Schultze*'schen Schwingungen nur Luft in die Alveolen hineingelangt, nicht aber auch Blut durch die Pulmonalis in die Capillaren der Lunge. Verf. will zunächst nur auf ein neues Verfahren aufmerksam machen und hofft, dass weitere anderseitige Untersuchungen bald Licht in diese Sachen bringen werden. *—r.*

905. ***Ueber die Desinfection der Typhus- und Choleraausleerungen mit Kalk.*** *Von Dr. E. Pfuhl in Berlin. (Zeitschr. f. Hyg. 1889. VI, 1, pag. 97. — Schmidt's Jahrb. 1889. 7.)*

Bei der Desinfection von Fäcalien kommt es darauf an, die in denselben enthaltenen Infectionskeime zu tödten, und es sind nach dieser Hinsicht besonders wichtig die Dejectionen bei Cholera, Typhus und Ruhr. *Pfuhl* hat den Kalk auf seine Wirksamkeit untersucht unter Verhältnissen, die der Wirklichkeit möglichst nahe kommen. Dabei zeigte sich, dass für Typhus der einfach zerkleinerte, gebrannte Kalk nur sehr langsam und in grosser Menge (6%) wirksam sei, dass dagegen durch Zusatz von 2% Kalkmilch in einer Stunde sämmtliche im Stuhl enthaltenen Typhusbacillen getödtet werden. Das Gleiche gilt für Cholera und wahrscheinlich auch für Ruhr; es genügen 2 Volumprocente Kalkmilch, vorausgesetzt, dass diese gut und frisch ist und die Entleerungen flüssig sind. Um eine sichere Gewähr zu haben, dass die Desinfection auch eine ausreichende sei, genügt die Prüfung der Reaction; ist diese deutlich alkalisch, so darf man annehmen, dass die Desinfection eine vollständige ist, selbst wenn Kalkmilch mit geringerem Kalkgehalt zur Verwendung kam.

906. ***Der Einfluss der Düngerhaufen und des Federviehes in der Aetiologie der Diphtherie.*** *Von Barbier. (Gaz. méd. de Paris. 1889. Januar 26. — Deutsch. Med. Zeitg. 1889. 59.)*

Mit Rücksicht auf die Untersuchungen von *Klebs*, *Teissier* u. A. verlangt *Barbier* die Entfernung fermentirender Massen (Düngerhaufen etc.) aus der Nachbarschaft bewohnter Orte und einzelner Wohnungen, da sie unter Umständen die Verbreitung der Diphtherie fördern können, ferner Ueberwachung der Hühnerhöfe und Taubenschläge, um sofort alle Thiere tödten zu können, welche in der Kehle eine verdächtige Membran zeigen (Hühner-

diphtherie). Gleichzeitig wünscht Verf., dass die beamteten Aerzte ihr Augenmerk besonders in Städten, in denen Diphtherie frisch auftritt, auf die Hühnerhöfe etc. richten und in ihren Berichten auch über den Gesundheitszustand des Geflügels Mittheilung machen.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

907. ***Ueber operative Therapie der folliculären Bindehautentzündung (sogenannten egyptischen Augenentzündung oder Körnerkrankheit).***

*Nach einem im Verein der Aerzte Düsseldorfs gehaltenen Vortrage von Dr. **G. Pfalz** in Düsseldorf.*

Bonn, Haustein's Verlag 1889.

Verf. empfiehlt, nachdem er das Wesen des hier in Betracht kommenden Krankheitsprocesses anschaulich geschildert, bei der Behandlung der egyptischen Augenentzündung, als ein durch Schnelligkeit und Sicherheit des Erfolges sich auszeichnendes Verfahren, die von ihm in 70 Fällen erfolgreich ausgeführte *Heissrath-Schneller*'sche Excision der Uebergangsfalte, als einer Methode, deren Werth bis nun selbst auch in den Lehrbüchern viel zu wenig gewürdigt ist.

Das verhältnissmässig einfache Operationsverfahren ist folgendes: Nach ordentlicher Cocainisirung der Schleimhaut — je schwerer übrigens die Entzündung, um so oberflächlicher ist leider die Anästhesie, selbst bei concentrirten Lösungen, doch ist der Schmerz nie so erheblich, dass Verf. jemals zum Chloroform hätte greifen müssen — wird das Lid ectropionirt und vom Assistenten in dieser Lage gehalten. Während nun der Patient stark nach unten blickt, fasst man mit einer mehrfach gezähnten Hakenpincette die Uebergangsfalte an der einen Ecke und zieht sie straff hervor, darauf schneidet man hart in der Ecke ein und, indem man das eine spitze Scheerenblatt einer kleinen *Cooper*'schen Scheere unter der Conjunctiva vorschiebt, trennt man die Uebergangsfalte von der Conjunctiva bulbi, die Falte immer mit der Pincette fassend und straff vorziehend, was einfach und rasch von statten geht. In ähnlicher Weise trennt man sie nach oben von der Conjunctiva tarsi hart am Rande des Tarsus — *Pfalz* pflegt in letzter Zeit stets noch einen schmalen, circa 1 Mm. breiten Tarsusstreifen gleich mit abzuschneiden oder noch nachträglich abzutragen, nicht nur zur Sicherheit, sondern weil er die Mitentfernung gerade dieses Randstreifens für wesentlich halte — und mit einigen kurzen Scheerenschlägen wird sie darauf von der Unterlage bis hart in die entgegengesetzte Ecke hinein abgetrennt. Die Breite des so entfernten Schleimhautstückes schwankt zwischen 5 und 8 Mm.

Aehnlich ist das Verfahren am unteren Lide, wo Verf. jedoch nur bei starker Follikelentwicklung und Schwellung der Uebergangsfalte operirt und die Breite des zu excidirenden Streifens auch nur auf circa 2 Mm. beschränkt.



In schweren Fällen gehen die Königsberger Operateure noch weiter, indem sie ausser der Uebergangsfalte auch die ganze Conjunctiva tarsi incl. Tarsus bis auf einen schmalen Streifen am Lidrande, ja selbst noch einen Theil der Conjunctiva bulbi bis an den Cornealrand mit ausschneiden. Die Wundränder werden durch Naht vereinigt. Verf. ist in Düsseldorf, wo die Krankheit keinen so bösartigen Charakter hat, wie in Ostpreussen, mit der Beschränkung der Excision auf die Uebergangsfalte ausgekommen. Da die Wundränder bei diesem weniger eingreifenden Verfahren, sobald die Lider ihre normale Lage einnehmen, von selbst dicht aneinanderliegen, so ist ihre Vereinigung durch die Naht überflüssig. Verf. hat einigemale, aber nur am unteren Lide, genäht, zuweilen an einem Auge genäht, am anderen nicht — es folgte kein wesentlicher Unterschied in der Heilung. In der Regel tritt, wenn man nicht durch Ectropioniren in den ersten 3—4 Tagen die Wundränder auseinanderzerrt, prima intentio ein, aber auch, wenn dieselbe ausbleiben sollte, ist nach 8 Tagen die Wundheilung beendet. An Stelle der Wunde ist eine lineare feine Narbe getreten, nur selten hier und da durch kleine Granulationsknöpfchen unterbrochen, die durch Abkappung mit der Scheere, eventuell leichtes Touchiren, rasch beseitigt sind, auf die man aber achten muss, da ihre Anwesenheit die Heilung auch des Conjunctivalleidens verzögert.

Ebenso einfach wie die Technik des Verfahrens, ist die Nachbehandlung. Verf. behandelt in der Regel in den ersten acht Tagen, bis zur festen Vernarbung der Wunde, die Patienten klinisch, hauptsächlich um die Sicherheit zu haben, dass dieselben nicht, was bei ambulatorischer Behandlung ja uncontrolirbar ist, sich Schädlichkeiten aussetzen oder es an der nöthigen Reinlichkeit fehlen lassen und dadurch die Wundheilung ungünstig beeinflussen. Die Patienten brauchen nach der Operation nicht im Bett zu liegen, auch verbindet er nicht, sondern lässt die Kranken nur bis zur vollendeten Vernarbung der Wunde das Zimmer hüten. In den ersten drei Tagen machen sie erst zwei-, dann dreistündlich je 10 Minuten lang Umschläge mit einer schwach sauren (nach *Laplace*) Sublimatlösung (*Sol. Sublimat. 1·0:5000, Acid. tartar. 2·0),* reinigen in der Zwischenzeit mit derselben Lösung das Auge von allem etwa auftretenden Secret, nach drei Tagen wird Sublimat, da es auf die Dauer doch etwas reizt, durch eine 4%ige Borsäurelösung ersetzt, die Umschläge werden nur noch dreimal täglich, dafür etwas länger, bis zu 1/2 Stunde, gemacht. Letztere Behandlung genügt meist auch für die Folge bis zur vollendeten Heilung des Conjunctivalleidens, nur bei stärkerer catarrhalischer Reizung und Secretion mag man schwache Adstringentien (1% Argentum nitricum-Lösung, 2% Lösung von neutralem Plumbum aceticum) für kurze Zeit zu Hilfe nehmen, bei ganz alten, torpiden Fällen mit hochgradiger Infiltration, theilweiser Vernarbung hat Verf. wohl auch noch einigemale zum Cuprumstifte gegriffen oder die directe Massage der Conjunctiva nach *Heissrath* in Anwendung gezogen — doch sind das Ausnahmen, gewöhnlich genügt für die Folge Reinlichkeit, alles Weitere macht sich in Folge der Operation von selbst und ohne weiteres Zuthun.

An den Lidern und an der Bindehaut gestaltet sich nun der weitere Heilungsverlauf in folgender Weise: Als nächste Folge der Operation tritt eine verschieden ausgedehnte Sugillation der Lider, leichte Anschwellung und mässige Ptosis ein, welch letztere jedoch nicht mit einer etwaigen Verletzung der Sehne des Levator palpebrae zusammenhängt, auch selbst wenn der obere Rand des Tarsus, wie dies Verf. jetzt ausführt, mitentfernt ist. Die leichte Ptosis ist nur eine Folge der Sugillation, zu welcher nachher noch die Wundreaction tritt. Die letztere stellt sich — übrigens keineswegs in allen Fällen — ungefähr am 3. oder 4. Tage ein; bestand Pannus, so schiessen ein paar neue Infiltrate auf, und sieht man die Schleimhaut an, so hat man ganz den Eindruck eines starken, acuten Schubes. Interessant ist dabei, dass in Fällen, wo anscheinend das Leiden nur in der Uebergangsfalte sass, die Conjunctiva tarsi wenig geröthet, glatt und durchscheinend war und nur zwei oder drei kleine, gelbliche Follikel sichtbar waren, also in Fällen der sogenannten *Saemisch*'schen Conjunctivitis follicularis, nach der Excision die Schleimhaut oft das typische Bild der Conjunctivitis granulosa darbietet, dabei die früher normal scheinenden Partien ebenfalls von Follikeln übersät, so dass Verf. anfangs, als es ihm zum ersten Male passirte, dass anscheinend doch so leichte Fälle ein so schweres Aussehen angenommen hatten, nicht wenig erschrak und schon fürchtete, mehr geschadet als genützt zu haben. So rasch, wie das Bild entstanden, pflegt es auch wieder, nachdem es etwa 2—3 Tage auf der Höhe geblieben, zu verschwinden. Nach 8 Tagen ist in der Regel die Wunde geheilt, und die Schleimhaut, sowie das ganze Auge bieten wieder dasselbe Bild wie vor der Operation, nur ist jetzt an Stelle der gewulsteten Uebergangsfalte eine lineare Narbe und — ein neuer, aus der herübergezogenen, benachbarten Conjunctiva bulbi bestehender, glatter, der Unterlage straffer anliegender Uebergangstheil getreten. Es ist nun weiter interessant zu beobachten, wie die Follikel immer kleiner werden, ihre Abgrenzung gegen die Umgebung immer verschwommener, bis nach einigen Wochen allenfalls noch das Bild mässigen Catarrhs, aber keine Follikel mehr nachzuweisen sind. Letztere sind resorbirt. Mit dem Schwinden der Follikel Hand in Hand geht ein Nachlassen der übrigen entzündlichen Erscheinungen, der Infiltration, der Secretion, und die Schleimhaut, soweit sie nicht bereits eine bindegewebige, resp. narbige Umwandlung erfahren hat, kehrt zur Norm zurück. Die Zeit bis dahin ist verschieden, in frischen Fällen war die Heilung wohl schon nach drei Wochen vollendet gesehen, in älteren dauert es natürlich entsprechend länger. Complicirende Erkrankungen, z. B. der Cornea, erfahren ebenfalls eine rasche Rückbildung, zeigen sich der Behandlung nunmehr zugänglicher, als früher, wenn eine solche überhaupt noch nothwendig ist. In nicht gar zu schweren Fällen kann man sagen, dass der betreffende Kranke in 14 Tagen bis 3 Wochen wieder arbeitsfähig wird, und, wenn z. B. von auswärts, nach dieser Zeit ruhig in die Heimat entlassen werden kann.

In einem Nachtrage theilt Verf. zur Illustrirung seiner Mittheilungen mehrere Fälle mit, welche die Haupttypen der hier in Betracht kommenden Entzündungsformen darstellen. —*r.*

Literatur.

908. ***Ueber therapeutische Strömungen in der innern Medicin.*** *Von Prof.* ***Unverricht.*** *(Berlin. Klinik. H. 13.)*

Die Ueberschätzung des Werthes der symptomatischen Behandlung und die Zurückdrängung der nüchternen Empirie durch theoretische Speculation scheinen dem Verfasser die Hauptirrthümer zu sein, denen die Therapie nur allzu häufig anheimgefallen ist. Diesen Satz sucht Verf. an der Geschichte der Behandlung bei Albuminurie, Diabetes mellitus, sowie bei der Auffassung des Wesens, des Nutzens, Schadens und der Therapie des Fiebers zu beweisen. Die Ausführungen des Verf. sind wohl geeignet, dem denkenden Arzte manch Interessantes zu bieten. Der behandelnde Arzt muss genau zu beurtheilen wissen, wo er sich auf hypothetischem Gebiete bewegt und wo auf dem sicheren Boden der Erfahrung. Auf ersterem soll er vorsichtig und tastend vorgehen, frei von Voreingenommenheit und mit kritischem Auge den Werth der Theorie an dem Prüfsteine der Empirie erproben, während er die Ergebnisse einer nüchternen klinischen Beobachtung als den Talisman in die Praxis mitnehmen darf, der ihm in allen Nöthen die richtigen Wege weist. Der vorliegende Aufsatz ist die Wiedergabe der Antrittsrede des Verf. an seiner Lehrkanzel an der Dorpater Universität.

v. Buschman.

909. ***Ist der Tod ein Ende oder nicht?*** *Von Prof.* ***Schmick.*** *Leipzig, Spohr, 1888.*

Gespräche über das Erdenleben und die Menschennatur, geführt in einem Kreise von Männern, die sich für irdische Vorgänge und metaphysische Probleme interessiren. Der Leser wird manch gesundes Urtheil, manch beachtenswerthe Idee finden und das Buch mit Interesse lesen, wenn es auch einer tieferen wissenschaftlichen Grundlage entbehrt. Für die Feierstunden des denkenden Arztes, der auch für nicht rein medicinische Probleme Interesse hat, sei das nette Büchlein immerhin empfohlen. *v. Buschman.*

910. Der ***IX. Jahresbericht*** des unter der Direction des Primarius Herrn Dr. ***Emil Rollett*** stehenden Erzherzogin Sophien-Spitales weist für das Jahr 1888 einen Belag von 44 Stiftsbetten aus und wurden daselbst 421 Kranke während 13.877 Verpflegstagen für Rechnung der Stiftung verpflegt. Hingegen blieb das bisher mit dem k. k. allgemeinen Krankenhause bestandene Vertragsverhältniss, auf Grund dessen dieser Anstalt die von hier aus wegen Fondsmangel zu Stiftungszwecken noch nicht benützten Räumlichkeiten gegen Vergütung der Selbstkosten überlassen waren, nur mehr bis zum 3. Mai 1888 in Kraft. Unter obigen Stiftungskranken befanden sich 26 Personen, welche für Rechnung der Dr. *Johann Romich*'schen Stiftung in Behandlung und Pflege standen. Die durchschnittliche Verpflegsdauer betrug im Vorjahre 33·87 Tage; die Verpflegskosten per Kopf und Tag betrugen 1 fl. 46$^1/_2$ kr. Das Sterblichkeitsprocent stellt sich mit Ausschluss der Tuberculose auf 5·36%. Mit 10. December 1888 wurde die chirurgische Abtheilung unter Leitung des Herrn Dr. *Victor Ritter v. Hacker,* langjähriger Assistent des Herrn Prof. *Billroth*, eröffnet. Im medicinischen Ambulatorium wurden vom 1. Januar bis 31. December 1888 2231 Individuen mit 18.721 Ordinationen behandelt (gegen 2367 Personen mit 19.212 Ordinationen im Vorjahre). Im chirurgischen Ambulatorium fanden 1173 Personen ärztlichen Rath und Hilfe und wurden ausserdem an 4190 Individuen 4787 Zahnextractionen ausgeführt.

911. ***Die fünf Sinne des Menschen.*** *Von Prof.* ***J. Bernstein*** *in Halle. (Internationale wissenschaftl. Bibliothek. Bd. XII.)*

Das vorliegende Buch gehört zwar einem Cyklus von mehr oder weniger populären Darstellungen wissenschaftlicher Themen aus der Feder erster Autoritäten an, aber es erhebt sich doch weit über die einem populären Werkchen gezogenen oder von solchen meist eingehaltenen Grenzen. Dies gilt nicht nur von Anlage und Inhalt, sondern auch von der Form der Darstellung und der Diction; es ist also eigentlich ein strenge wissenschaftliches Buch, welches seinen reichen Inhalt in einer für die Bedürfnisse des gebildeten Laien erschöpfenden Weise, aber auch in sehr fasslicher Form bringt. Das darin eingehaltene, streng sachliche System der Darstellung ist vielfach in sehr anregender Art unterbrochen durch allgemeine physikalische und physiologische Erläuterungen, welche das Verständniss des oft recht schwierigen Stoffes fördern sollen. Die schönen zahlreichen, dem Texte beigegebenen Figuren sind theils besonders entworfen, theils wissenschaftlichen Specialwerken entlehnt. Den Inhalt anlangend wird zuerst der Gefühlssinn abgehandelt, dann der Gesichtssinn, welcher mit dem nun folgenden Gehörssinne den überwiegend grössten Theil des Buches ausmacht; diese beiden Abschnitte enthalten ausser den rein wissenschaftlichen anatomischen und physiologischen Capiteln auch äusserst interessante praktische, in das tägliche Leben und die modernen Bedürfnisse des Culturmenschen eingreifende Schilderungen. Zwei kurze Abschnitte sind der Lehre vom Geruchs- und vom Geschmackssinne gewidmet. Das vorzügliche Buch ist dem ärztlichen Publicum nicht nur zur Auffrischung früherer Kenntnisse zu empfehlen, sondern eignet sich auch als höchst anregende, den modernsten Standpunkt vertretende Lectüre. *v. Buschman.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

912. ***Ueber traumatische Hysterie.*** *Von Prof. Dr.* ***Strümpell.*** *Vortrag, gehalten im ärztlichen Bezirksverein Erlangen. (Münchner med. Wochenschr. 1889. 11.)*

Der vorgestellte Fall ist ein lehrreiches Beispiel für das Vorkommen schwerer Hysterie bei Männern und ebenso für die Entwicklung der Hysterie im Anschluss an ein Trauma („traumatische Hysterie"). Man darf die traumatische Hysterie nicht ohne Weiteres mit der sogenannten „traumatischen Neurose" im engeren Sinne des Wortes identificiren. Bei der traumatischen Neurose handelt es sich in manchen Fällen wahrscheinlich doch um feinere materielle Veränderungen in den Centralorganen, welche als dauernde Folgen einer erlittenen heftigen Erschütterung des Nervensystems durch Sturz, Schlag oder dergl. nachgeblieben sind. Bei der traumatischen Hysterie spielt das materielle Trauma an sich eine untergeordnete Rolle. Nur die dasselbe begleitende oder ihm folgende psychische Erregung (Schreck, Aerger, Angst) ist die eigentliche Ursache des Auftretens hysterischer Erscheinungen. Da aber die psychischen Momente auch bei der traumatischen Neurose von grösster Bedeutung sind, so versteht es sich leicht, dass die traumatische Neurose und die traumatische Hysterie vielfache enge Beziehungen zu einander haben und oft nur schwer oder gar nicht auseinander zu halten sind. Jedenfalls passt aber die Bezeichnung „traumatische Hysterie" nur für diejenigen



Fälle, bei denen, wie bei dem vorgestellten Kranken, ausgesprochene hysterische Symptome, also vor Allem hysterische Anfälle vorhanden sind.

Der betreffende Patient, ein 32jähriger Flaschner, stürzte im Juni 1887 mehrere Stockwerk hoch hinunter und will 5 Tage lang nach dem Sturze bewusstlos gewesen sein. Gröbere Verletzungen der Knochen waren nicht vorhanden. Pat. erholte sich allmälig wieder, hat aber seit dieser Zeit an nervösen Beschwerden mannigfacher Art gelitten. Trotzdem konnte er seine Arbeit wieder aufnehmen, bis er sich aus Versehen im Juli 1888 durch ein scharfes Blechstück eine tiefe Schnittwunde an der linken grossen Zehe zuzog. Nach 14 Tagen, als die Wunde eben verheilt war und Pat. aus der Behandlung entlassen werden sollte, trat plötzlich zum erstenmal ein schwerer Krampfanfall auf, nach Art der Anfälle, an denen Pat. noch gegenwärtig leidet. Der Anfall wurde anfangs für einen Tetanus gehalten, die Wunde daher nochmals geöffnet und untersucht, ohne dass sich aber dabei etwas Besonderes an derselben gefunden hätte. Seitdem traten ähnliche Anfälle, theils leichterer, theils schwerster Art, sehr häufig auf, und am 15. September 1888 kam der Kranke deshalb in die hiesige medicinische Klinik.

Das Bemerkenswertheste ist, dass die gleich näher zu beschreibenden Anfälle nicht nur scheinbar von selbst auftreten, sondern sich auch jederzeit künstlich hervorrufen lassen, und zwar durch eine einfache passive Dorsalflexion des Fusses, des linken ebenso, wie des rechten. Pat. nimmt sich auch selbst sehr in Acht, mit seinen Füssen eine stärkere Dorsalflexion willkürlich auszuführen, da auch diese active Bewegung seiner Angabe nach sofort einen Krampfanfall hervorruft. Sobald der Fuss dorsalflectirt wird, tritt sofort ein Streck-Tetanus des ganzen Körpers, des Rumpfes und der Extremitäten ein: starker Opisthotonus, Arme und Beine so starr, dass eine passive Beugung derselben vollkommen unmöglich. Der Kopf ist nach rechts gedreht, der Nacken dabei steif; die Augen offen, aber starr, die Pupille reagirend, das Gesicht geröthet, die Zähne aufeinandergepresst. Der Puls ist während des Anfalles ganz ruhig und regelmässig, die Athmung aber sehr beschleunigt. Das Bewusstsein ist nicht erloschen, Pat. vermag aber nicht zu sprechen, reagirt auf keine Anrede und ist während des Anfalles am ganzen Körper vollkommen anästhetisch. Nach 1—2 Minuten lässt der Krampf nach, die Starre löst sich.

Ausserhalb der Zeit der Anfälle bestehen fortdauernd auch sichere hysterische Stigmata: vollkommener Verlust des Geschmackes, so dass Chinin, Kochsalz, Essig u. dergl. nicht die geringste Geschmacksempfindung auf der Zunge hervorrufen, ferner auffallende Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und totale Anästhesie der unteren Extremitäten mit Ausnahme der Fusssohlen. Eine starke Abnahme des Gehöres auf dem linken Ohre ist wahrscheinlich ebenfalls nervöser Natur. Während des Aufenthaltes des Pat. in der hiesigen Klinik traten ausser den bisher beschriebenen und einigen anderen nicht weiter erwähnenswerthen hysterischen Symptomen noch zwei Erscheinungen hervor, welche ich noch kurz anführen möchte. Zunächst eine zeitweilig sehr beträchtliche Polyurie, d. h. die tägliche Entleerung von 4—6 und mehr Litern eines wasserhellen, sehr leichten Urins. Dieses Symptom ist wahrscheinlich die Folge der bei Hysterischen häufig zu beobachtenden Polydipsie. Sodann das scheinbare Auftreten von unregelmässigen hohen Temperatursteigerungen (bis 41 8°) während etwa 14 Tagen. Dabei ist aber zu bemerken, dass die Messungen im Rectum von eine Diaconissin und nicht von einem Arzte vorgenommen



sind. Ich selbst war während dieser Zeit zufällig von Erlangen abwesend. Nach meiner Rückkehr liess ich sofort genau controlirte Temperaturmessungen anstellen und — das Fieber war verschwunden. Es bleibt also unentschieden, ob es sich wirklich um ein „hysterisches Fieber" oder um ein simulirtes Fieber (durch Reiben oder Drücken des Thermometers) gehandelt hat. Ich habe wiederholt in Fällen schwerer Hysterie von Aerzten und Angehörigen Berichte über angeblich beobachtete hohe Fiebertemperaturen erhalten, auch bei Patienten, wo eine Simulation nur schwer glaublich erscheint. Jedesmal aber, wenn ich mich selbst durch persönlich vorgenommene Rectummessungen von der Anwesenheit der Temperatursteigerung überzeugen wollte, konnte ich kein Fieber finden. Ich bin deshalb von dem Vorkommen des „hysterischen Fiebers" noch nicht überzeugt.

Zum Schluss möchte ich noch ein Wort über die künstliche Hervorrufung der Anfälle hinzufügen. Meines Erachtens handelt es sich hierbei durchaus nicht etwa um einen wirklichen Reflexvorgang, sondern nur um die enge Verbindung irgend einer Manipulation (in unserem Falle die Dorsalflexion des Fusses) mit der Vorstellung des eintretenden Anfalles. Letztere, also gewissermassen eine Autosuggestion, ruft erst den Anfall hervor. Von Interesse ist es, die in der älteren Literatur mitgetheilten Fälle von sogenannten „Reflex-Krämpfen" und „Reflex-Neurosen" einer erneuten Durchsicht zu unterwerfen. Dabei ergibt sich, dass die Mehrzahl der unter diesen Namen mitgetheilten und dementsprechend gedeuteten Krankheitsfälle zweifellos nichts Anderes sind, als — Hysterie. Der oben erwähnte Kranke wurde mehrere Wochen in der Klinik behandelt (Bäder, Elektricität u. dergl.) und dann in gebessertem Zustande entlassen. Von selbst traten die anfangs sehr häufigen Anfälle fast gar nicht mehr auf. Künstlich konnten sie aber noch jederzeit hervorgerufen werden.

Kleine Mittheilungen.

913. ***Suprapubic Cystotomy in a Case of obstructive senile Hypertrophy of the Prostata gland.*** *Von* ***G. T. Richardson.*** *(The Med. Record. New-York 1889. 10.)*

Richardson theilt einen Fall seniler Prostatahypertrophie mit, bei dem es ihm gelang, allein durch Sectio alta, ohne dass die Blase ausgespült worden wäre, ohne Prostatatomie, ohne Catheterisiren fast völlige Heilung zu erzielen. Patient vermag jetzt den Urin 3—4 Stunden lang ohne Unbequemlichkeit zurückzuhalten und entleert ihn ohne Mühe. ***Sternthal.***

914. ***Dentition in utero.*** *(The British Journ. of Dental Science. Juni 1889. — Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnhk. 1889. Juli.)*

Mr. *Henry J. Buck* schreibt: „Ein Kind von 14 Tagen wurde von zwei Zigeunern zu mir gebracht. Es wurde mit zwei vollständig entwickelten oberen Schneidezähnen geboren, die das Saugen hinderten und ausserdem eine Ulceration der Lippenschleimhaut verursachten. Nachdem ich die Zähne extrahirt hatte, sagte ich den Zigeunern, ich würde die Zähne als mein Honorar behalten, und sie verschwanden. Nach einer halben Stunde kam jedoch eine zahlreiche Deputation vom Felde, die mir sagte, ich möge verlangen, was ich wolle, aber die Zähne müsste ich wieder hergeben, da ihr früherer Besitzer der Sprössling der „Königin" ihres Stammes sei. So musste ich also auf diese Exemplare verzichten." Mr. *Benthall* von Southsea erzählt ebenfalls einen Fall von einem Kinde, das wie Richard III. mit einem vollständig entwickelten Schneidezahne geboren wurde.



915. ***Gegen Dyspepsia flatulenta*** empfiehlt *Pepper* Creosot in folgender Formel:

Rp. *Creosot.* *gtt. X*
Natr. bicarb. *8·0*
Pulv. gummi arab. *9·5*
Aq. destill. *150·0*

D. S. 1 Kaffeelöffel 1 Stunde nach dem Essen zu nehmen.

Bei Atonie des Magens und ungenügender Absonderung von Magensaft wird eine Stunde nach dem Essen folgendes Pulver in Oblaten oder Gelatinekapseln genommen:

Rp. *Pepsin* *4·0*
Creosot. *gtt. X*
Bismut. subnitr. *4·0*
M. f. pulv. div. in dos. XXX.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1889)

916. ***Sarcoma of the Bladder. Incontinence of Urine. Perineal and suprapubic Cystotomy.*** *Von **Walter Whitehead** in Manchester. (Lancet. 1889, Febr. 23, pag 378.)*

Das Eigenthümliche des Falles besteht darin, dass zur Entfernung des grossen zottigen Tumors (Rundzellensarcom) in einer Sitzung die Blase vom Perineum aus und durch den hohen Schnitt geöffnet wurde. Heilung nach 4 Wochen, hat 18 Monate ohne eine Spur von Recidiv angehalten. *Arning.*

917. ***Zur Anatomie der Scabies.*** *Von **Ludwig Török**. (Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. 8.)*

Török fand durch Untersuchungen an 7 Milbengängen, dass der Milbengang sich nicht in der Stachelschicht, sondern in der untersten Lage der mittleren Hornschicht befindet. Ausserdem meint Verf., dass das Scabieseczem kein durch das Kratzen hervorgerufenes, sondern, aus histologischen Gründen, wahrscheinlich ein durch die Milbe, resp. durch eine von derselben abgesonderte, reizende Substanz verursachtes Eczem sei. *Sternthal.*

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Glum Friedrich, Eleve, Hausarzt am städt. Krankenhause in Kiel. Beitrag zur Kenntniss der Einwirkung des Schlafes auf die Harnabsonderung. Inaugural-Dissertation. Kiel 1889.

Pfalz, Dr. G., Augenarzt in Düsseldorf. Ueber die operative Therapie der folliculären Bindehaut-Entzündung (sog. egyptischen Augenentzündung oder Körnerkrankheit). Nach einem im Verein der Aerzte Düsseldorfs gehaltenen Vortrage. Bonn, Verlag von P. Hanstein, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

918. ***Ueber die traumatischen Neurosen.*** *Von Prof.* ***A. Strümpell.*** *(Berliner Klinik. Heft 3.)*

Der Standpunkt des berühmten Neurologen in der oben bezeichneten Frage lässt sich wie folgt zusammenfassen: 1. Nach heftigen allgemeinen Erschütterungen des Centralnervensystems entsteht häufig ein complicirter, aber sehr wohl charakterisirter nervöser Symptomencomplex, den man am besten mit dem Namen der allgemeinen traumatischen Neurose bezeichnet. Derselbe hat in seinen Erscheinungen grosse Aehnlichkeit theils mit der Neurasthenie, theils mit der Hysterie, theils mit gewissen Psychosen (Melancholie und Hypochondrie). Bei seiner Entstehung wirken rein psychische Momente daher fast immer in hohem Maasse mit; es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass man auch den dauernden Folgen der materiellen Erschütterungen, welche freilich nicht grob anatomischer Natur sind, Rechnung tragen muss. In den einzelnen Fällen wird man bald dem einen, bald dem andern dieser beiden Punkte vorzugsweise Beachtung schenken müssen, so dass also nicht alle Fälle einer vollkommen gleichartigen Beurtheilung unterliegen. 2. Bei örtlich wirkenden Traumen, insbesondere, doch nicht ausschliesslich, an den Extremitäten, entstehen, wohl vorzugsweise unter dem Einflusse der mit dem Trauma verbundenen psychischen Erregung, häufig schwere nervöse Störungen in dem betreffenden Theile, welche ihrer Natur nach sich unmittelbar den sogenannten hysterischen Erkrankungen beiordnen. Als hysterisch soll jede nervöse Erkrankung bezeichnet werden, welche auf einer Störung der normalen Verbindung zwischen den im engeren Sinne körperlichen und den psychischen Vorgängen beruht. 3. Die Trennung zwischen den allgemeinen und den örtlichen traumatischen Neurosen darf nicht zu scharf durchgeführt werden. Uebergänge und Combinationen kommen nicht selten vor. In jedem Falle muss die Bedeutung aller einzelnen Symptome überlegt werden. 4. Auch Combinationen zwischen echt anatomischen traumatischen Läsionen und traumatisch-neurotischen Symptomen kommen vor, ein Umstand, welcher von grosser diagnostischer Bedeutung ist. 5. Endlich scheint zuweilen die allgemeine traumatische Neurose den Boden für die Entwicklung späterer organischer Erkrankungen, z. B. Paralyse, Tumoren, vorzubereiten. *v. Buschman.*

919. ***Ein Fall von Phthisis pulmonum ohne Tuberculose.*** *Von Med.-Rath Dr. **Ferd. C. Leonhardi** und Dr. **F. Neelsen** in Dresden. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 36.)*

Der so häufigen tuberculösen Lungenphthise gegenüber bietet folgender, durch die Section constatirter und seltene Organveränderungen zeigender Fall der alten Phthisis pulmonum pituitosa Interesse. Frau B., 53jährige Gattin eines Bankiers, starb, nachdem sie seit mehreren Jahren bei Husten mit reichlichem Auswurf, äusserster Abnahme der Musculatur und des Fettes dem Arzte wie dem Laien das äussere Bild einer chronisch verlaufenden Lungenschwindsucht geboten hatte. *Leonhardi* war etwa die letzten 10 Jahre Arzt der Familie, die neben der Kranken aus dem gesunden, jetzt im 71. Jahre stehenden Gatten derselben, zwei sehr kräftigen 27 und 22 Jahre alten Söhnen und zwei jetzt $17^1/_2$ Jahre alten, ganz gesunden Zwillingstöchtern von kräftiger Constitution bestand. Frau B. war von graciler Körperconstitution, für eine Dame gross zu nennen, muskelkräftig, nie zum Fettwerden veranlagt. An Husten hatte sie öfters und anhaltend gelitten, das Auftreten von Tracheal- und Bronchialcatarrhen wurde aber im Laufe der Jahre immer häufiger und langdauernder, der Auswurf eines weissen und gelblichen, öfters geballten, dem Eiter wohl ähnlichen, aber im Wasser nie ganz zu Boden fallenden, zähen und fadenziehenden Schleimes war oftmals sehr reichlich. In den letzten 3—4 Jahren hörten Husten und Auswurf nie mehr auf, sondern zeigten nur Perioden von Besserung und Verschlimmerung. Das geringe Vertrauen auf Arzneimittel, ja der Widerwille der Kranken dagegen, ihre Unruhe und ihre Unermüdlichkeit in ihrem Hauswesen hinderten sie an aller Schonung an ihrer selbst. Höchstens an einigen Tagen der Verschlimmerung und begleitenden Fiebers und in der letzten Zeit höchster Erschöpfung war die Kranke im Bett zu erhalten; das Fieber erreichte übrigens nie sehr hohe Grade, höchstens 39° C. und einige Zehntel und hielt in den früheren Jahren nie sehr lange an, nie über 14 Tage; ja selbst in den letzten beiden Monaten ihres Lebens kamen Wochen, wo nur Abends oder Mittags 38·2—38·6 zu beobachten waren. Der Auswurf war in den letzten 2—3 Jahren zeitweise, im letzten Winter immer mehr oder minder übelriechend, bisweilen auch durch Blut röthlich oder bräunlich gefärbt; bei mikroskopischer Untersuchung der Sputa wurden nie elastische Fasern oder Tuberkelbacillen gefunden. Auswurf aus den Luftwegen von reinem Blut ist nie dagewesen. Die physikalische Untersuchung, im Laufe der Jahre sehr oft vorgenommen, ergab nie eine ausgesprochene Percussionsschalldämpfung, weder über den Spitzen, noch an den hinteren unteren Lungenpartien, nie das Vorhandensein von Vomicae oder Schleimhöhlen, deren Dasein man nach der Menge und Beschaffenheit des Auswurfs vermuthen musste, nie consonirende Rasselgeräusche oder Höhlenathmen, sondern höchstens verstreute mittelblasige Rasselgeräusche, und auch diese meist nur spärlich. Die Untersuchung der Todten, von Prof. Dr. *Neelsen* vorgenommen, ergab: Beide Lungen aufgebläht; die linke überall, die rechte in ihrem Oberlappen mit der Brustwand verwachsen, doch leicht zu trennen. Der Unterlappen der rechten Lunge ist mit Faserstoffgerinnseln belegt. Die Drüsen



an der Luftröhre etwas vergrössert, weich, auf dem Durchschnitte grauroth, ohne tuberculöse Verkäsung. Beide Lungen lufthaltig, ihr Gewebe braunroth; sämmtliche Verzweigungen der Luftröhre um mehr als das Doppelte erweitert, mit zähem, übelriechendem Schleime erfüllt; die Schleimhaut derselben stark geröthet, von ihrer Oberhaut entblösst, aber ohne tiefere tuberculöse Geschwüre. Das Lungengewebe ist entsprechend der Erweiterung der Luftröhrenäste zusammengedrückt und erscheint an beiden Oberlappen durch angesammelten Staub schwarz verfärbt und verhärtet. Der rechte Unterlappen ist stark wässerig durchtränkt. Die mikroskopische Untersuchung exstirpirter Lungenstückchen bestätigte das völlige Fehlen von Tuberkelknötchen oder Tuberkelbacillen. Die Innenwand der dilatirten Bronchien zeigt zahllose dicht aneinander stehende flache granulirende Geschwüre, zwischen denen nur vereinzelte kleine Epithelinseln übrig sind. Die Infiltration erstreckt sich fast durch die ganze Dicke der Bronchialwandung, zeigt aber nirgends Knotenform oder Verkäsungen. Zwischen den obersten infiltrirten Lagen der Bronchialwand sind sehr zahlreich Mikroorganismen, theils Coccen, theils kurze Stäbchen vorhanden, Tuberkelbacillen dagegen nirgends nachweisbar. *O. R.*

920. ***Ueber langsam verlaufende Formen des Diabetes.*** *Von Dr.* ***Worms****. (Bullet. de l'Acad. de méd. 1889. 19. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 36.)*

Worms bespricht an der Hand von 41 Krankengeschichten von Diabetikern, die er lange Jahre hindurch genau beobachtet hat, die Prognose und die Behandlung des Diabetes. Von diesen 41 Kranken starben 13; 5 an Tuberculose, 2 an Pneumonie, 2 an Nephritis, 2 an Gehirnerweichung, 1 an Carcinoma hepatis, 1 an Coma. Einer dieser Fälle betraf ein Kind, Exitus bereits nach 2 Jahren. Bei den Erwachsenen schwankte die Krankheitsdauer, gerechnet jedesmal von dem ersten Nachweis des Zuckers ab, zwischen 7 und 20 Jahren. Die 28 noch lebenden Pat. sind krank seit 3—25 Jahren, die meisten bereits über 10 Jahre. Heredität wurde mit Sicherheit nur in 3 Fällen notirt. Die Polydipsie, die Polyurie, die Abmagerung, die Veränderungen der Zähne fehlten sehr oft während des ganzen Verlaufes der Krankheit. Interessant ist ein Fall von Coma, der günstig verlief. Das Coma dauerte 8 Tage an, die Urinmenge war bis auf 400 Centimeter vermindert, der Zucker war vollständig verschwunden, *Gerhardt*'sche Reaction. Mit dem Eintritt der Besserung nahm der Urin an Menge zu, es stellte sich auch wieder Zucker in demselben ein. Die Behandlung bestand in ableitenden Mitteln auf den Nacken, Tonicis, Chinin. sulf., Valeriana. Der Urin enthielt Spuren von Eiweiss. Was die Therapie des Diabetes anbetrifft, so stellt *Worms* in erster Linie eine strenge Diät (*Bouchardat*'sche Diät). Nach einiger Zeit gestattet er jedoch wieder Amylaceen, allein immer unter Controle des Urins. Neben der Qualität ist auch die Quantität der eingenommenen Nahrungsmittel sehr zu berücksichtigen. Die Diabetiker sollen nicht zu viel essen (genauere Daten gibt *Worms* nicht an). Das Saccharin ist unbedingt zu verwerfen, da es die Verdauung hintanhält. Als Medicament bei Diabetes verabfolgt *Worms* seit vielen Jahren das Chinin. sulf. in Dosen von 0·2—0·3 Grm. pro die. Er sieht im Chinin kein

Specificum gegen den Diabetes, sondern ein Tonicum, welches den Organismus widerstandsfähiger macht. Die Prognose des langsam fortschreitenden Diabetes ist quoad vitam bei geeigneter Behandlung eine ziemlich günstige.

921. ***Eine Temperatursteigerung bis 44·9° bei einer Hysterischen.*** *Von* ***Lorentzen****, Bröndersleo. (Hospitals-Tidende. 1889. 25. — Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk. 1889. 16.)*

Bei einer nervösen Frau traten kurz nach einem Anfall von Hämoptyse Anfälle von heftiger Dyspnoe mit Cyanose und zeitweise ganz behinderter Inspiration ein, die bis zu einer Minute dauerten und sich mehrmals in einer Nacht wiederholten; am Schluss dieser Anfälle war sie meist kurze Zeit bewusstlos, darauf ängstlich und zu Hallucinationen geneigt. In den nächsten zwei Monaten kam es, ohne alle Zeichen von Phthise, zu wiederholten Hämoptyse-Anfällen, mit nachfolgenden, den früheren gleichen Respirationsstörungen und Urinretention. Vom 7. bis 9. Januar hielt sich die Temperatur auf 39·5—40·5°. Am 10. Mittags constatirte der Ehemann 44·9°, *Lorentzen* fand sie ohne entzündliche Erkrankung, leicht hallucinirend und constatirte im Rectum 44·9°, in der Axilla 44·8° bei gleichzeitiger Messung; eine Stunde darauf im Rectum 42·4°, Abends 41·5°, am andern Tage nach einigen Dyspnoe-Anfällen wieder 44·9°; eine Stunde später constatirte *Lorentzen* 37·5°, in den nächsten Tagen war die Temperatur 38·5° bis 39·5°, dann normal. Die Hämoptyse, für die jede erklärende Lungenaffection fehlt, hält Verf. für neuropathische Blutungen und die Temperatursteigerung für hysterisch, bei dem Fehlen jeder Organerkrankung und den typisch hysterischen Respirationsstörungen. *Teale* hat bei einer Hysterischen 50° constatirt (Lancet, 1876, I, pag. 340) und *Wunderlich* 43° (Archiv der Heilkunde. V, pag. 210). *Lorentzen* hat den obigen Fall auch in deutscher Sprache (Centralblatt f. klin. Med. 1889, 33) ausführlich beschrieben. — *r.*

922. ***Zur Aetiologie des Tetanus.*** *Von Dr.* ***Widenmann.*** *(Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereines. 1889. 8. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 33.)*

Ein 8 Jahre alter gesunder Knabe fällt von der Mauer eines Weinberges auf die mit Rossdünger versetzte Erde, dabei dringt ein Holzsplitter in seine Wange. Der Splitter wird am 6. Tage nach der Verletzung entfernt, die Wange schwillt ab, es entleert sich wenig Eiter. Am 6. Tage Verzerrung des Gesichts, am 8. Tage Trismus, am 10. Tage Opisthotonus und am Abend Exitus letalis. Impfungen von Mäusen und Kaninchen mit Stücken des Splitters, mit Wundsecret und der Erde, ergaben typischen Impftetanus. Epikrise: 1. Tetanus ist eine infectiöse Krankheit. 2. Das Gift kann an gedüngter Erde und den von ihr berührten Gegenständen haften; es ist sowohl auf Menschen als auf Thiere übertragbar. 3. Die von *Nicolaier* als specifische Infectionserreger angesprochenen feinen anaëroben Bacillen mit Köpfchensporen finden sich nicht im Wundsecret aller vom Tetanus Befallenen. 4. Dasselbe Virus bedarf bei grösseren Individuen einer längeren Incubationszeit als bei kleinen Thieren. 5. Die Wirkung des Giftes steigert sich, wenn es auf Warmblüter übertragen und



von dort rechtzeitig weiter geimpft wird. 6. Die klinischen Symptome sind bei Thier und Menschen dieselben. *W.*

923. ***Dilatation der Aorta; Obliteration der Arteria subclavia sinistra; Atrophie der correspondirenden oberen Extremität.*** *Von Gingeot. Sitzungsbericht der Société médicale des Hôpitaux zu Paris vom 12. Juli 1889. (Allgem. med. Central-Ztg. 1889. 69.)*

Abgesehen von den am Gefässsystem beobachteten Krankheitserscheinungen, bietet der 24jährige Patient eine Atrophie der Muskeln des linken Armes. Ob diese letztere unmittelbar mit der Gefässerkrankung in ursächlichem Zusammenhange steht, oder ob nicht vielmehr eine nervöse Centralerkrankung hier vorliegt, erscheint um so zweifelhafter, als Pat. im Laufe des Jahres 1886 eines Morgens, ohne Gefühl im linken Arm zu empfinden, aufwachte. Gleichzeitig bestanden damals vorübergehend Symptome einer leichten Hemiplegie. Die genauere Untersuchung des Patienten ergibt ferner eine totale Pharynxanästhesie, Geschmacksstörungen etc. Jene Hemiplegie ist nach *Gingeot* wahrscheinlich hysterischen Ursprunges, vielleicht ist es auch die gegenwärtig bestehende, in den Muskeln des linken Armes localisirte Atrophie. Was die Pathogenese der Arteriitis anlangt, so scheint dieselbe hier ein Symptom der Syphilis hereditaria zu sein, da für erworbene Syphilis nicht der mindeste Anhaltspunkt vorliegt, während eine im 11. Lebensjahre des Patienten durchgemachte Keratitis duplex, ferner das Bestehen von syphilitischen Symptomen an den Schneidezähnen, sowie endlich eine Schwellung des rechten Hodens für Lues sprechen.

924. ***Ueber die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht.*** *Von Prof. Mendel. Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin. (Ber. d. Münch. med. Wochenschr. 1889. 7.)*

Mendel fasst die Hypochondrie als „eine functionelle Hirnerkrankung, deren wesentliche Symptome Furcht und Angst in Bezug auf den Zustand des eigenen Körpers sind", auf. Eine anatomische Grundlage lässt sich mit unseren Hilfsmitteln nicht finden; die Krankheit ist als Geisteskrankheit aufzufassen und reiht sich den depressiven Affecten an. *Mendel* theilt sie ein in 3 Formen: 1. Die einfachste Form besteht darin, dass der Kranke sich schwer krank oder dem Tode nahe fühlt. Es ist eine Störung des Gemeingefühls mit der Furcht vor diesem Zustande. Der Kranke knüpft an unwesentliche Störungen die grössten Befürchtungen. Man kann dies Nosophobie nennen. 2. Die zweite Form zeigt neben der Furcht und Angst Hallucinationen der Organgefühle. Wie für Arm, Bein u. s. w. gibt es wohl auch für innere Organe ein Centrum in der Hirnrinde, dessen Reizung diese Empfindungen als Hallucinationen hervorruft. 3. Die weitaus schwerste Form zeigt ausser den Symptomen von 1. und 2. Hallucinationen der höheren Sinne. Die Kranken glauben nicht mehr gut hören und sehen zu können. Sie hören wohl auch Stimmen im Kopfe. Dem Verlauf nach unterscheidet man die Hypochondria acuta, subacuta und chronica, die letztere auch constitutionelle Hypochondrie genannt. Die Krankheit kommt, entgegen der allgemeinen Annahme, beim weiblichen Geschlechte



vom Kindes- bis zum Greisenalter ungemein häufig vor. Die Nosophobie ist allerdings beim Manne viel häufiger anzutreffen, was wohl mit darauf beruht, dass die Frauen den Beruf der Krankenpflege haben und sich in Folge dessen nicht so vor Ansteckung zu fürchten geneigt sind. Dennoch fand *Mendel* die einfache Nosophobie in allen Altern vom 7jährigen Kinde bis zu Greisinnen. Die zweite Form ist beim Weibe ungemein häufig. Allerdings handelt es sich weniger um Hallucinationen der Organe sub hypochondrio, wie meist beim Manne, sondern um das Sexualsystem. Diese Frauen kommen meist erst nach grosser Verschlimmerung durch verfehlte gynäkologische Heilversuche in die Hand der Neurologen. Am häufigsten ist die sogenannte cerebrale Form. Die Kranken geben an, dass der Kopf zwischen 2 Klemmen sitzt, dass der Kopf weich, leer, zu leicht ist, dass die Wirbelsäule ihn nicht tragen kann u. s. f. Sie fürchten demgemäss einen Schlaganfall oder den Ausbruch einer Geisteskrankheit. Eine andere bildete sich ein, die eine Schulter sei niedriger als die andere; diese Hallucinationen können sich auf den ganzen Körper erstrecken in sehr schweren Fällen. Die dritte Form kommt vorzugsweise bei Frauen vor. Die Kranken sehen sich im Spiegel verändert, mit faltigem Gesicht u. s. w. Diese Erscheinung kann noch weiter bestehen, wenn sonst alle anderen hypochondrischen Symptome verschwunden sind. Ferner gehört hierher die Ernährungsfurcht, die Platzangst, die Klaustrophobie u. s. w. Charakteristisch ist der Egoismus der Hypochondrischen. *Sauvage* nennt die Krankheit einen gesteigerten Egoismus. Dahin gehört die Unfähigkeit einen Entschluss zu fassen und das hängt zusammen mit der Monotomie der Vorstellungen. Sie interessiren sich für nichts, als ihren eigenen Zustand. Diese Monotomie ist bei Frauen viel grösser, als bei Männern. Schwer hypochondrische Männer thun doch noch häufig ihre volle Pflicht; die Frau mit denselben Symptomen ist zu jeder Thätigkeit unfähig. Eine Dame lag 25 Jahre, ohne krank zu sein, im Bett (Bettsucht) und endete im Bett an Selbstmord. Im Allgemeinen aber ist der Selbstmord bei hypochondrischen Frauen seltener als bei Männern. Eine der auffälligsten Erscheinungen ist eine hochgradige Onanie, ein wunderbares Gelüste für Menschen, die jeden Augenblick zu sterben glauben. Die Onanie hört auf, wenn die Krankheit im Uebrigen verschwunden ist und ist mit Wahrscheinlichkeit ebenfalls auf einen corticalen Reiz zurückzuführen. Der Schlaf ist im Allgemeinen gut. Krämpfe und Lähmungen kommen bei der einfachen Hypochondrie nie vor. Eigenthümliche Bewegungen, die sie zuweilen machen, sind stets gewollte Bewegungen der Abwehr. Bewegungslosigkeit beruht ebenso nie auf Paralyse, sondern auf der Furcht vor möglichem Schaden, den die Bewegung herbeiführen könnte. — Anästhesie, Hemianästhesie u. s. w., so häufig bei Hysterien, fehlen bei Hypochondern ganz; Parästhesien und Hyperästhesien sind häufig. Von vasomotorischen Erscheinungen finden sich sehr häufig kalte Füsse und warmer Kopf. *Mendel* hat vielfach auf dem Kopfe eine Stelle gefunden, die für die fühlende Hand heisser war, als die anderen Theile. Appetit und Stuhl sind verschieden. Bei Complicationen mit anderen Erkrankungen, der Hypochondria cum materia, ist es so aufzufassen,



dass diese Erkrankungen lediglich den Anstoss zum Ausbruch der Hypochondrie gegeben haben. Die Hypochondrie kann die Krankheit überdauern, oder kürzer sein als diese, kann ein Organ betreffen, welches die complicatorische Affection gar nicht in Mitleidenschaft zog. — Viel wichtiger ist die Complication mit Hysterie, wobei diese meist die primäre ist. Das Aussehen ist in einigen Fällen gut, in anderen zeigt sich jener Morbus niger der Alten. Die Hypochondrie ist beim Weibe vielleicht ebenso häufig wie beim Manne, in ihren schweren Formen unbedingt häufiger und beeinflusst beim Weibe die Leistungsfähigkeit in viel höherem Maasse.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

925. ***Vergiftung durch Einathmen von Creolin.*** *Von Dr. Stille-Ihlienworth. (Memorabilien. 1889. Juli.)*

Verf. verwendete bei einer Patientin, bei der er wegen Beckenenge die künstliche Frühgeburt einleitete, als Desinficiens für Hände und Instrument eine 1—$^{1}/_{2}$procentige Lösung, resp. Emulsion. Solche Lösung stand in zwei Schalen offen, den ganzen Nachmittag, Abend und die folgende Nacht in einem Zimmer, in welchem sich ausser dem Arzte noch andere 4 Personen, Hebamme, Verwandte und der Ehemann der Patientin befanden. Verf. bekam um 8 Uhr Abends Kopfschmerzen in der rechten Schläfe und über dem Hinterkopf, dabei stieg die Pulsfrequenz von 70 auf 100 Schläge in der Minute. Bei Bewegung sogar 120, heftiges Carotidenklopfen. Schlaflosigkeit in der Nacht. Erst als Verf., seine Besuche in der Praxis aufnehmend, in's Freie kam, liessen die Erscheinungen nach einigen Stunden nach. In gleicher und noch intensiverer (in 1 Falle mit Erbrechen) Weise erkrankten alle im Wohnzimmer anwesend gewesenen, vorher völlig gesunden Personen. Worin bestand die Ursache? Man dachte zunächst an das Essen; aber es lag gar kein Grund vor, irgend eine der genossenen Speisen für gesundheitsgefährlich zu halten. Am Morgen fragte *Ihlienworth* die Frauen, welcher Ursache sie das schlechte Befinden Aller zuschrieben? Eine antwortete: „Es ist von dem Dunst und Geruch aus den Waschbecken gekommen." Verfasser erschien das kaum annehmbar; der Geruch des Creolins war ihm nicht unangenehm, er hielt ihn für durchaus unschädlich. Als er am Nachmittage von seinen Krankenbesuchen in das Haus der zu Entbindenden zurückkehrte, fühlte er sich völlig wohl; er bereitete wieder zwei Schalen mit Creolinlösung, reinigte die Hände, untersuchte dann die Kreissende und entfernte den am Morgen zwischen Uterus und Eihäuten eingeschobenen elastischen Catheter, dann wusch er wieder die Hände und reinigte sorgfältigst den gebrauchten Catheter. Bei dieser Gelegenheit stand er etwa zehn Minuten in unmittelbarer Nähe der Creolinlösung, zeitweise mit dem Gesicht darüber gebeugt, so dass er die Verdunstungsproducte ziemlich concentrirt einathmete. Wieder stellte sich Kopfschmerz und Klopfen in den Schläfenarterien ein. Nun konnte kein Zweifel mehr sein, dass wirklich das Einathmen der



Creolindämpfe die oben beschriebenen Krankheitserscheinungen hervorgerufen hatte. Die Schalen mit der desinficirenden Flüssigkeit wurden hinausgebracht und nur zu jedesmaligem Gebrauch auf einige Augenblicke wieder in's Zimmer geholt. Es traten nun weiter keine Symptome von Unwohlsein wieder ein. Das Creolin war ein *Pearson*'sches gewesen. Es wurden im Ganzen etwa 40 Gramm davon vom Verf. verbraucht. *O. R.*

926. ***Phenacetin, ein Mittel gegen Keuchhusten?*** *Von Dr. **R. Heimann** in Landau (Pfalz). (Münchn. med. Wochenschrift. 1889. 12.)*

In einem Falle, in dem Antipyrin bei der Bekämpfung des Keuchhustens vollständig im Stiche liess, versuchte es Verf. mit Phenacetin. Der Erfolg des Versuches war ein so überraschend guter, dass er das Mittel in 2 weiteren Fällen von Keuchhusten gebrauchte. Während vor der Anwendung des Phenacetins 10 bis 15 Anfälle auftraten, reducirten sich dieselben auf 3, an manchen Tagen blieben dieselben ganz aus, nur in der Nacht traten dieselben wieder auf, da der Gebrauch des Phenacetins alsdann sistirt wurde. Bei einem Knaben von 3 Jahren liess er 0·4 in 4 Dosen à 0·1 gebrauchen, bei einem Mädchen von 2 Jahren 0·3 in 3 Dosen und bei einem Säugling von 7 Monaten 0·2 in 4 Dosen à 0·05; nirgends beobachtete er üble Nachwirkungen. 0·1 Phenacetin wirkte durchschnittlich 3 Stunden. Zur Gegenprobe liess er an einzelnen Tagen den Gebrauch des Phenacetins aussetzen, und die Anfälle traten wieder in der früheren Häufigkeit und Heftigkeit auf; es ist also ausgeschlossen, dass die Erkrankung bereits in das 3. Stadium, das Stadium decrementi s. criticum, getreten war. Weitere Versuche mit dem Mittel werden empfohlen. *O. R.*

927. ***Ueber die Chloroformnarcose durch schwache und unausgesetzte Gaben des Chloroforms.*** *Von **Moriz Peraire.** (Revue de Chirurgie. 1889. 5.)*

Auf der Abtheilung des Prof. *Terrier* im Hospital Bichat zu Paris hat man mit Glück Versuche unternommen, durch geringe, aber continuirliche Dosen des Chloroform die zu operirenden Kranken zu narcotisiren. Die Anästhesie war immer eine leichte, progressive und regelmässige, meist ohne Aufregungsstadium und ohne Erbrechen. Die hierzu nothwendige Menge des Chloroform war gegenüber den gewöhnlich zur Narcose nothwendigen Mengen unbedeutend. *Peraire* theilt eine lange Reihe von im Hospitale Bichat ausgeführten Operationen mit, bei denen allen diese Methoden der Narcose zur Anwendung kam. Aus denselben ist zu ersehen, dass diese Art der Narcose eine sehr vorsichtige und vortheilhafte ist. Man reicht das Chloroform in sehr geringer Menge, jedoch ohne andere Unterbrechung, als es zum Umwenden der damit befeuchteten Compressen bedarf. *Peraire* giesst jedesmal nur 3—4 Tropfen auf einmal auf die Compresse, welche dem zu Narcotisirenden fortwährend vor Mund und Nase gehalten wird, ohne den Zutritt von Luft zu gestatten. Der Kranke kommt nicht in Erstickungsgefahr und gewöhnt sich leicht daran, hat kein Excitationsstadium durchzumachen, keine Aufregung und Hyperästhesie; die Kranken speien sehr selten.

Man muss aber dieses Stadium der Anästhesie stets auf derselben Höhe zu erhalten trachten, sie weder vermindern noch vermehren lassen. Zur Herstellung einer solchen Narcose genügen 7 oder 8 Grm. Zur Erhaltung derselben sind weitere 10 bis 12 Grm. nöthig. Trotzdem, dass unter den also Narcotisirten Alkoholiker und Herzleidende, Emphysematiker etc. waren, genügten als Maximaldosis 50 Grm., in welchem Falle es sich aber um eine zweistündige Narcose handelte. Während der Narcose muss um den Kranken absolute Ruhe herrschen; die grösste Stille ist ein Hauptbedingniss. Man lässt auch den Kranken weder sprechen noch zählen, da dies die Narcose nur verzögert. Der Operateur muss aber den Kranken unausgesetzt beobachten und vorzüglich auf die Respiration achten, denn der Puls ist unzuverlässig, da er noch schlägt, wenn die Athmung längst schon aufgehört hat. Diese chloroformsparende Narcose hat den Vorzug grösserer Sicherheit, da der Organismus Zeit hat, sich allmälig an die Wirkung des Narcoticums zu gewöhnen, während bei der mit grossen Dosen arbeitenden gewöhnlichen Art der Narcose durch die rasche und in grosser Menge erfolgende Darreichung des toxisch wirkenden Agens es sehr leicht zu einer Anhäufung desselben in den nervösen Centren und zur Lähmung kommen kann. — Absolut nothwendig ist vollkommene chemische Reinheit des Chloroforms; es soll farblos, klar und von neutraler Reaction sein, soll angenehm riechen und nach seiner Verdampfung auf der Compresse keinen Chlorgeruch zurücklassen. Es muss in blauen Flaschen unter hermetischem Verschlusse aufbewahrt werden, da es sich unter Einwirkung des Lichtes zersetzt.

Dr. Baaz.

928. ***Ueber die Wirkung des Pyrodins.*** *Von Dr. Zerner jun., Wien. (Centralbl. für die ges. Therapie. 1889. 3.)*

Es wurden die von *Schuchardt* hergestellten Pyrodinpillen, deren wirksames Princip das Acetylphenylhydrazin ist und das aus Manchester bezogene Pulver, dessen chemische Constitution der Formel für das Acetylphenylhydrazin ($C_6 H_5 NH—NHC_2 H_3 O$) entspricht, an einer Reihe von Krankheitsfällen mit continuirlichem und remittirendem Fieber versucht, nach vorherigen Experimenten an Thieren. Die beiden Präparate setzen die Temperatur sehr herab, meist unter profuser Schweisssecretion, die schon 10—25 Minuten nach der Darreichung eintrat. Es scheint sich das Pyrodin ähnlich wie Antifebrin zu verhalten, nur hat es vor diesem den Nachtheil grösserer Giftigkeit voraus, welche mitunter schon nach einer einzigen kleinen Dosis sich bemerkbar machen kann. Die Giftigkeit besteht in der Bildung von Methämoglobin. Als Analgeticum hat es vielleicht hier und da Erfolg, steht aber doch weit hinter dem Antipyrin und Antifebrin. Als Tagesgabe dürfte 0·2, höchstens 0·3 bezeichnet werden. Die Aussichten auf allgemeine Anwendbarkeit des Mittels sind demnach sehr gering.

929. ***Ueber die Behandlung einer fortdauernden cerebralen Blutung.*** *Von A. Smith. (New-York Med. Rec. Dec. 1888. 8. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 24.)*

Verf. bespricht die Principien, nach welchen ein Apoplektiker, der durch fortdauernden Blutaustritt aus dem gesprungenen Hirn-



gefässe comatös wird, zu behandeln ist. Keines der gewöhnlich angewandten Mittel, Aderlass, Hochstellen und Belegen des Kopfes mit Eis, Abführungen und Clysmata, Ergotin, hilft. Letzteres ist wirksam bei Blutungen aus Capillaren oder kleinen Arterien, welche es contrahirt, bei der Gehirnblutung aber wird der abwärts des Risses gelegene Abschnitt des Gefässes und nicht der obere zusammengezogen, wodurch die Blutung vermehrt wird, dabei wird aber durch Erhöhung des Blutdruckes in Folge der allgemeinen Ergotinwirkung die Gefahr noch vergrössert. Purgiren und Aderlassen haben den Zweck, die allgemeine Blutmenge zu verringern, das Erheben den Zweck, die Blutmasse im Schädel zu reduciren, beide Proceduren sind, wenn sie Erfolg haben, nach Verf.'s Ansicht mehr schädlich, als nützlich. Da es hierbei hauptsächlich darauf ankommt, das blutende Gefäss zu schliessen, so ist es entschieden zweckmässiger, wenn der nöthige Druck durch das in den Gefässen, als durch das ausserhalb derselben im Gehirngewebe befindliche Blut ausgeübt werde; je mehr von diesem in den intercraniellen Gefässen befindlich, desto weniger Raum ist dem Blute ausserhalb derselben gegeben. Deshalb meint Verf., dass es besser sei, den Kopf niedriger als den Körper zu legen und die cerebrale Congestion durch Amylnitrit zu vermehren, wobei durch Verminderung des Blutdruckes die vis a tergo im lädirten Gefässe herabgesetzt wird. Der Effect wird natürlich der sein, dass die sonst fehlenden Zeichen von Druck einige Minuten oder wenige Stunden darauf eintreten, aber in einer halben Stunde wird das ausgetretene Blut geronnen sein an dem Orte des Blutaustrittes, der aneurysmatische Sack sich mit einem Coagulum gefüllt haben, welches sich rückwärts in's Gefäss erstreckt. Ist die Oeffnung in letzterem factisch verlegt, so kann der Kopf wieder erhoben und die Wirkung des Amylnitrits unterbrochen werden. Der Kranke erwacht allmälig aus seinem Coma und im Gehirn wird an Stelle eines grösseren, die Hirnsubstanz zerstörenden oder zusammendrückenden Blutcoagulums ein kleines vorhanden sein. Verf. hat noch vor Kurzem mit dieser Methode guten Erfolg gehabt.

930. ***Ueber Phosphorbehandlung der Rachitis.*** *Von Anna Schabanowa. Aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg in Petersburg. Vortrag, gehalten auf dem III. Congresse russischer Aerzte. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F., Bd. XXIX, pag. 392. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 33.)*

Im Verlaufe zweier Jahre behandelte Verf. 140 rachitische Kinder, fast alle ambulant. In 35 Fällen musste die Behandlung zeitweilig ausgesetzt werden, dieselben wurden daher nicht berücksichtigt. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Phosphor (0·01 : 100·0 Ol. amygd. dulc.), Salzbädern und diätetischen und hygienischen Vorschriften. In sehr fleissiger Zusammenstellung mit zahlreichen übersichtlichen vergleichenden Tabellen gibt Verf. ihre Beobachtungen während dieser Zeit und zieht dann daraus allgemeine Schlussfolgerungen, wobei sie dem Phosphor die Haupterfolge der Behandlung zuschreibt. Zusammenfassend spricht sie sich dahin aus, dass in den meisten Fällen die Behandlung der Rachitis mit Phosphor ein günstiges Resultat liefert, das sich nicht nur in einer Besserung des Allgemeinbefindens,



sondern auch in einer Besserung jeder der einzelnen Erscheinungsformen dieser Krankheit äussert. Den raschesten und entschiedensten Effect zeigt dieses Mittel auf die Störungen im Bereich der nervösen Sphäre; in zweiter Linie steht die günstige Beeinflussung der Functionen der Extremitäten, des Geh- und Stehvermögens der Kinder und in letzter Reihe kommt seine schwächste, immerhin jedoch ebenfalls als gut zu bezeichnende Wirkung auf die Veränderung im Knochensystem im Allgemeinen in Betracht.

931. ***Ueber Sulfonal.*** *Von Dr. R. Otto in Dalldorf. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLV. H. 4. — Neurolog. Centralbl. 1889. 14.)*

Otto fand das *Bayer*'sche und *Riedel*'sche Präparat gleich wirksam. Der Schlaf trat nach Dosen von 1—2 Gramm durchschnittlich in $1^1/_4$ Stunde ein und dauerte $7^1/_2$ Stunden. Misserfolge waren selten, schädliche Wirkungen wurden nicht beobachtet, selten Schwindelgefühl am anderen Morgen. *Otto* hat das Mittel weiterhin bei länger dauernden Erregungszuständen Geisteskranker angewandt, im Ganzen in 19 Fällen, welche ausführlicher mitgetheilt werden. Es stellte sich als zweckmässig heraus, das Sulfonal in 5 einzelnen Dosen à 0·5 täglich zu geben. Schon am 2. Tage trat meist Beruhigung ein und der Schlaf besserte sich, obwohl keine hypnotische Abenddosis gegeben wurde. Auch nach dem Aussetzen des Mittels hielt die günstige Wirkung noch einige Tage an. Am günstigsten für diese Behandlung sind die Agitationszustände der senilen Geistesstörung, der progressiven Paralyse, Epilepsie, periodische Manie und Idiotie, weniger geeignet hallucinatorische Erregungszustände. Erbrechen und Durchfall traten vorübergehend mehrmals auf, desgleichen Schwindelgefühl und Taumeln (bei hohen Dosen). Bei öfter wiederholten Dosen von 5 Gramm Sulfonal pro die überdauerten die Taumelerscheinungen das Aussetzen des Mittels um mehrere Tage.

932. ***Zur Behandlung des Carcinoms mit Medicamenten.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1889. — Memorabilien. 1889. Juli.)*

Die eingehendste Publication auf diesem Gebiet rührt von Prof. *John Clay* in Birmingham her. Das Mittel, das er anwendet, ist das T e r p e n t i n von Chios, in Form der Essenz (von *Southall* und *Barclay* in Birmingham). Er benutzt es jetzt seit 3 Jahren in Verbindung mit Resorcin und erklärt in seiner letzten Publication, dass er trotz aller Angriffe auf diese Behandlung von ihrem Lobe nichts zurückzunehmen habe. Im Ganzen sind damit behandelt und nach seiner Angabe geheilt worden: 2 Carcinome der Zunge, 1 Epitheliom der Oberlippe, 10 Fälle von Krebs des Os und Cervix uteri, 1 Krebs des Uterus und der Vagina, ein Krebs der Nase und des Gesichts. — Eine Anzahl Fälle vorgeschrittenen Krebses sind kurze Zeit behandelt worden; die Patienten starben, aber die schlimmsten Symptome besserten sich, die Patienten erlagen der Anämie. In 3 Fällen konnte man nach dem Tode das Verschwinden der krebsigen Neubildung constatiren. Man findet bei Anwendung des Terpentins allmäligen Nachlass der Krankheit — die Dauer der Behandlung ist verschieden, je nach der Resistenz des Tumors —, dann Verminderung der Schmerzen, Verminderung der Blutung, Zunahme der mucopuru-



lenten Absonderung, Verbesserung des Allgemeinbefindens, mitunter vermehrte Tendenz zur Anämie. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass das Mittel die krebsigen Infiltrationen entfernt, welche die primäre Neubildung umgeben. Diese nimmt allmälig an Grösse ab. In einigen Fällen wurden Drüsencomplicationen durch das Mittel beseitigt. Je früher die Fälle in Behandlung kommen, desto grösser ist die Aussicht auf definitive Heilung. Das Präparat wird ohne Schwefel bereitet und enthält keinen Aether. 1 Theelöffel der Essenz enthält 3 Grm. Terpentin. Sodann führt die Firma auch Pillen (Pil. sulph. comp.) mit Schwefel, Cupr. sulf. u. s. w., ferner auch das Terpentin selbst in Pillen. Man gebe zwei Theelöffel der Essenz mit 1—2 Pil. sulph. comp. 3—4mal täglich. Nachdem die Medicin 3 Monate lang genommen ist, muss sie alle 14 Tage 3 Tage lang ausgesetzt werden. *Jean Strobinder*, Regimentsarzt in Moskau (Wien. med. Zeitung., 1887), empfiehlt subcutane Injection von Gerbsäure in carcinomatöse Neubildungen, täglich eine *Pravaz*'sche Spritze einer Tannin-Glycerin-Lösung 1 : 24, später in längeren Zwischenräumen. Es erinnert das an die *Dittmann*'sche Lohcur (vergl. *Hüter*, Allgemeine Chirurgie, 1886). Er berichtet von 4 Erfolgen mit dem Mittel, zweimal bei Krebs der Parotis, je einmal bei Krebs des Unterschenkels und der Brust. Die Krebsgeschwülste waren sämmtlich nicht aufgebrochen. — Sodann hat *O. Hood* Veröffentlichungen gemacht (Lancet, 1887) über die Behandlung von Krebsgeschwülsten mit kohlensaurem Kalk, respective mit den gepulverten Austernschalen. Hierbei mag daran erinnert werden, dass *Kolischer* in Wien im Jahre 1887 den phosphorsauren Kalk empfahl, und zwar zur Behandlung der Localtuberculose. *Hood* empfiehlt Pulver aus calcinirten Austernschalen mehrmals täglich mindestens drei Monate lang zu nehmen. Während einer 20jährigen Beobachtungszeit will er durch dies Mittel in zahlreichen Fällen Stillstand des Wachsthums der Geschwülste erzielt haben, die alle nicht aufgebrochen waren. Da in neuerer Zeit mehrfach von Vernarbung als von einer Sache, die bei Krebsgeschwüren niemals vorkommt, die Rede gewesen ist, so sei hier beiläufig erwähnt, das *Veuillet* (British Medical Journal, 1886) über Vernarbung eines Carcinoms berichtet. — Ueber die Kalkbehandlung der Carcinome berichtet Dr. *Blenkinsop* (Brit. Med. Journ., 1887). Sie schien in 4 Fällen günstig zu wirken. Er glaubt, die Ablagerung von Kalksalzen in den Gefässen lasse diese atheromatös entarten und vermindere so die Blutzufuhr zu den gangränösen Geweben. Kreidepräparate aus dem Thierreich schienen den Magen weniger zu belästigen. Weiter will Dr. *Velloso* (Brit. Med. Journ., 1887) sechs verschiedene Carcinome des Gesichts und der Lippen mit Alvelossaft (von einer Euphorbiacee stammend) geheilt haben. Es wirkt als Reizmittel und zerstörte die erkrankten Gewebe. Am wirksamsten ist die weibliche Alvelospflanze, man findet sie bei Pernambuco. Die besten Resultate erhielt man mit dem Saft in concentrirter solider Form und mit Vaseline oder Lanolin. Das Mittel wird mit einer Bürste in die erkrankten Theile eingerieben, nachdem sie mit Carbolsäure gewaschen sind, und dann mindestens eine Stunde der Luft ausgesetzt. Diese Behandlung ist alle 2—3 Tage zu wiederholen. Das Mittel macht starke Schmerzen. Vor Eintritt

von Ulcerationen angewendet, führt es rascher zum Ziele. Ueber Anwendung von Resorcin bei Carcinom berichtet nun Dr. *Antonio Mazzaro del Vallo Maggio* (Brit. Med. Journ., 1885). In einem Falle waren die Knochen des Gesichts ergriffen, die Gewebe stark infiltrirt, Operation für nicht wünschenswerth erklärt. Eine Salbe von Resorcin, 15 Gramm, Vaseline 20 Gramm, zweimal täglich, soll die Krankheit völlig geheilt haben. Nur eine weisse Narbe von 1 Centimeter Durchmesser soll zurückgeblieben sein. — Von deutschen Aerzten empfahl *Rust* (Aufsätze und Abhandlungen, Berlin 1834) das *Zittmann*'sche Decoct, namentlich beim Lippen- und Gesichtskrebs. Es sei unglaublich, was man in einzelnen Fällen damit auszurichten vermöge. Auf pag. 271 empfiehlt *Rust* den Arsenik innerlich. Ueber combinirte Anwendung beider Mittel mit günstiger Wirkung bei einem Polypen des rechten Stimmbandes der nach der Entfernung von *Ponfick* für Krebs erklärt worden ist, berichtet Prof. *Voltolini* in Breslau (Deutsche Med. Ctrl.-Ztg., 1887). Bei dieser Aufzählung muss auch der Condurangorinde gedacht werden (*Riess*, Berl. klin. Wochenschr., 1887). *Riess* empfiehlt ihre Anwendung bei Magenkrebs. Das Erbrechen lässt bei Gebrauch des Mittels nach, hört bald ganz auf, und der Schmerz wird fast immer vermindert, das Körpergewicht nahm in einzelnen Fällen beträchtlich zu. Ueber die gute Wirkung des Glycerins bei Carcinom des Uterus, in Form von Tampons angewendet, berichtet Dr. *Hüllmann* in Halle (Der Frauenarzt, 1886). Er will in einigen Fällen radicale Heilung damit erzielt haben. In einem solchen Falle dauerte die Behandlung 53 Tage, während welcher Zeit 41 Glycerintampons, einigemale mit Zusatz von Ol. Terebinth., eingelegt waren.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

933. ***Ueber die Behandlung der infectiösen Pleuritis mittelst Injection antiseptischer Flüssigkeiten.*** *Von* **Fernet.** *Verhandl. der Société médicale des Hopitaux zu Paris 1889.*

Fernet hat bei infectiösen Pleuritiden mit gutem Erfolge Injectionen von Jodjodnatriumlösung in die Pleurahöhle vorgenommen, *Jühel-Rénoy* durch Injection einer 1% Chlorzinklösung nach vorgenommener Punction ebenfalls ein gutes Resultat bei infectiöser Pleuritis erzielt. *Seustre* hält dafür, dass bei dieser Form der Pleuritis (Pneumococcen) möglichst bald punctirt werden solle, dass jedoch, wie in einem von ihm mitgetheilten Falle, zur Heilung häufig die Empyemoperation nöthig sei.

Rochelt.

934. ***Ueber tödtliche Blutungen durch Arrosion der Art. anonyma nach der Tracheotomie.*** *Von Dr.* **F. Ganghofner.** *(Prager med. Wochenschr. 1889. 16. — Centralbl. f. Chir. 1889. 33.)*

Ganghofner berichtet zunächst über 2 der in der Ueberschrift erwähnten Unfälle, die kurz nacheinander im Prager Kinderspitale zur Beobachtung kamen. Der 1. Fall betraf ein 7jähriges Mädchen mit Diphtherie, das am 4. Tage der Erkrankung zur Tracheotomie kam und am 11. Tage nach der Operation durch Blutung aus der Art. anonyma starb. Die Section ergab ein



Decubitalgeschwür im unteren Winkel der Tracheotomiewunde, das durch die Canüle entstanden war und die Wand der Anonyma durchbohrt hatte. Im 2. Fall wurde ein 4jähriges Kind am 12. Tage der Diphtherie tracheotomirt, bekam gleich darauf Scharlachexanthem und verblutete sich 20 Tage nach der Operation aus der Anonyma. Auch hier ergab die Section ein Decubitalgeschwür der vorderen Trachealwand, von welchem aus Arrosion der Arterie und die tödtliche Blutung erfolgt war. In der Literatur konnte *Ganghofner* nur 4 ausführlicher beschriebene einschlägige Fälle finden (von *Körte, Gnändiger, Bayer* und *Frühwald).* In allen Fällen war die Tracheotomia inferior gemacht worden; die Ursache war stets ein durch die Canüle erzeugter Decubitus. *Ganghofner* ist der Ansicht, dass man die Tracheotomia inf. deshalb nicht aufgeben soll. Dagegen räth er, die Wunde der Trachea so wenig wie möglich nach unten zu verlängern, damit der untere Wundwinkel möglichst weit von den Gefässen entfernt bleibe. Betreffs der Canülen soll eine strenge Auswahl getroffen werden, die von *Ganghofner* jedoch nicht weiter präcisirt wird. Er räth zu Kautschukcanülen, die aber gerade in den oben referirten Fällen gebraucht waren und die Blutung doch nicht hintanhalten konnten. Die Ursachen der verhängnissvollen Arrosion sind nach wie vor dunkel. Wenigstens lassen sich aus den von *Ganghofner* angeführten 6 Fällen sichere Schlüsse hierüber nicht ableiten.

935. ***Krampfadern als Grund der Unbrauchbarkeit bei Militärpflichtigen und Soldaten.*** *Von **Neumann.** (Deutsche militärärztliche Zeitschrift. 1888. 11 und 12. — St. Petersb. medic. Wochenschr. 1889. 23.)*

Verf. hat seine Beobachtungen an 40 Kranken gemacht und führt eine recht grosse Literatur (27 Autoren) an. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Für die Entstehung von Varicen an den unteren Extremitäten ist die Behinderung des venösen Abflusses und die angeborene Schwäche und Ungleichheit der Venenwandungen verantwortlich zu machen. 2. Tief gelegene Varicen sind ebenso häufig wie oberflächlich gelegene. 3. Die linke Körperseite wird häufiger afficirt als die rechte. 4. Vom Militärdienst sind auszuschliessen alle Leute, die mit umfangreichen, cylindrischen oder knotenförmigen oberflächlichen Varicen und mit tiefgelegenen, auch noch so kleinen knotenförmigen Varicen behaftet sind. 5. Der Dienst kann die Bedingungen sowohl zur Entstehung neuer Varicen als zur Verschlimmerung schon bestehender bieten. 6. Eine Beseitigung des Leidens durch Heilmittel oder durch die Zeit ist für gewöhnlich ausgeschlossen.

936. ***Ein Fall von Salpingitis chronica productiva vegetans.*** *Von Dr. **N. Sawinoff** in Moskau. (Archiv f. Gynäkologie. Bd. 34, Heft 2.)*

Verf. beschreibt einen in dem *Scheremetiew*'schen Krankenhause zu Moskau beobachteten Fall von chronischer Salpingitis. Es handelte sich um eine 25jährige Goldnäherin, IIpara, welche bei der Aufnahme über heftige, ununterbrochene Schmerzen in der unteren Bauchgegend, in den Lenden und auf der inneren Oberfläche des rechten Schenkels klagte. Sie machte eine Metritis und Perimetritis dextra durch. Verf. stellte die Diagnose auf



Oophoritis und Perioophoritis chron. bilat. et salpingitis, retroversio uteri und chronische Metritis. Es wurde, nachdem verschiedene Heilmethoden vergeblich angewendet wurden, die Castratio und Salpingotomie per laparotomiam gemacht. Besserung. Die histologische Untersuchung der Tuben ergab eine Vermehrung der Kerne in einigen Zellen und eine zellige Infiltration. An Stelle des Epithels trat anfangs junges Bindegewebe, später echtes Narbengewebe. Dieser chronische Process war wahrscheinlich durch eine leichte Puerperalerkrankung hervorgerufen. Verf. ist geneigt, die Veränderung der Tuben, welche durch ihren chronischen Verlauf und Ersatz der zu Grunde gegangenen Elemente durch Bindegewebe sich charakterisirt, mit dem Namen einer Salpingitis chronica productiva vegetans zu bezeichnen. Da die Tuben eine hochgradige Infiltration um die Nerven (dabei Endarteriitis, Endo- und Periphlebitis) zeigten und die Strömungsverhältnisse somit in diesem Organe höchst abweichend waren, so konnte die um die Nerven vorhandene Infiltration schon an sich ein anatomisches Substrat unmittelbarer und reflectorischer Schmerzempfindungen abgeben, über welche in der That Pat. zu klagen hatte. Die Ovarien waren cystenartig entartet und von Pseudomembranen bedeckt. Ihre Albuginea war verdickt und das Stroma stark entwickelt. Jedes *Graaf*'sche Bläschen musste in einem solchen Ovarium einen Druck auf die Nerven ausüben und dadurch ebenfalls Schmerzen bedingen. Auch die Metritis und Retroversio uteri nahmen an der Erzeugung von Schmerzen Theil. Die Lenden- und Oberschenkelschmerzen der Patientin hält Verf. für *Hegar's* Lendenmarksymptome. *v. Swiecicki.*

937. ***Die Therapie des engen Beckens.*** *Von Dr. **A. Dührssen.*** *(Berliner Klinik. Heft 8.)*

Bei allgemein verengtem Becken empfiehlt Verf. sich anfangs exspectativ zu verhalten, mit Ausnahme der Hinterscheitelbeineinstellung, des Nabelschnurvorfalls nach misslungener manueller Reposition und der Querlage. Die Zange möge nur dann angelegt werden, wenn der Kopf des lebenden Kindes schon fest in's Becken eingetreten ist. Da die Schwierigkeit der Zange, auch der sogenannten hohen Zange, hauptsächlich von der Rigidität der Weichtheile abhängt, so soll man bei mangelhaft erweitertem Muttermund das Kind nicht absterben lassen, sondern seitliche Incisionen in den Saum des Muttermundes machen, und das durch Wendung oder Zange extrahiren. Durch diese etwas veränderte Indicationsstellung wird sich die Perforation des lebenden Kindes sehr einschränken lassen und wird man mit der Zange die meisten Kinder lebend entwickeln. Frühgeburt und Kaiserschnitt werden hier nur in den seltensten Fällen und unter ganz bestimmten Indicationen zur Anwendung kommen. Anders steht die Sache bei platt oder gerade verengtem Becken, wo Verf. mit *Litzmann* 4 Formen von Verengerung annimmt, und zwar 9·5—8·5 Cm. Conjug. vera, zweitens 8·5—7, 7—5·5 und endlich unter 5·5 Cm. Der vierte Grad gibt die absolute Indication zum Kaiserschnitt; der dritte Grad die relative Indication zum Kaiserschnitt, da hier auch die Perforation in Frage kommen kann. Beim ersten und zweiten Grade der Verengerung tritt die Wendung mit sofortiger Extraction in ihre Rechte ein, wenn nicht schon früher



aus Furcht vor üblem Ausgange einer rechtzeitigen Geburt die künstliche Frühgeburt eingeleitet worden war. *v. Buschman.*

938. ***Zur Therapie des Uteruscatarrhes.*** *Von Dr.* ***v. Swiecicki,*** *Posen. Vorläufige Mittheilung. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 7.)*

Bei den meisten Endometritiden zeigen bekanntlich die Rund- und Spindelzellen des Interglandulargewebes der Uterusschleimhaut eine Vermehrung und Theilung, die Gefässe sind in dem Interglandulargewebe erweitert, und was den Drüsenapparat der Schleimhaut des Uterus anlangt, so wuchern entweder hauptsächlich die Epithelien der Drüsen (Hypertrophie) oder die Drüsen selbst nehmen an Zahl zu (Hyperplasie). In Folge dieses Processes ist die Uterusschleimhaut stark hyperämisch, geschwellt, locker und die Secretion vermehrt. Die rationelle Behandlung eines derartigen Zustandes sollte nun Verf.'s Ansicht nach dahin gerichtet sein, ein Mittel ausfindig zu machen, welches diesen anormalen Zustand beseitigt. Ein solches Mittel ist nach Verf. das Morphium. Dasselbe vermindert die Secretion der Drüsen, wirkt hemmend auf die Darm-, mithin wohl auch auf die Uterusperistaltik und beeinflusst das vasomotorische Centrum. *W. Levinstein* berichtet aus der Jenenser Frauenklinik von einer 24jährigen Morphinistin, bei der sich in Folge des Morphinismus eine ausgesprochene Atrophie des Uterus und der Ovarien zeigte. Nach einer Entziehungscur nahm die Uterushöhle von $4^1/_5$ Cm. auf 5 Cm. zu und die cessirenden Menses kehrten wieder. Von diesem Raisonnement ausgehend, hat Verf. bis jetzt in 12 Fällen von Endometritis das Morphium angewendet, indem er dessen Salz in Lösung, und zwar für gewöhnlich 5 Mgrm. pro dosi, in die Uterushöhle 3mal wöchentlich einführte. Die Behandlung dauerte durchschnittlich 3—4 Wochen, und er konnte in 7 Fällen eine Besserung und in 4 Fällen eine complete Beseitigung des Uteruscatarrhes constatiren. Nur in einem Falle war eine derartige einfache Behandlungsweise ohne irgend welchen sichtbaren Erfolg; erst die Chlorzinkbehandlung beseitigte die Endometritis, welche wohl hier gonorrhoischer Natur gewesen war. Selbstredend ist obige Therapie bei einer chronischen interstitiellen Endometritis, in der es zur Atrophie der ganzen Schleimhaut kommt, absolut zwecklos. In solchen Fällen wird, falls es sich noch dazu um junge Personen handelt, bei denen die Restitutionskraft der Schleimhaut eine grosse ist, ein energisches Curettement mit nachfolgender Application von Jodtinctur, eventuell reiner Carbolsäure immer noch das rationellste Verfahren sein.

939. ***Eine Schleimhautbrücke zur Wiederherstellung des freien Randes der Unterlippe nach der Abtragung von Epitheliomen.*** *Methode des Prof.* ***Tripier,*** *mitgeth. von* ***G. Impert,*** *Chef der chirurg. Klinik an der med. Facultät zu Lyon. (Revue de chirurgie. Heft 4 de 1889.)*

Diese erst seit Kurzem von *Tripier* geübte Methode der Lippenbildung bei Unterlippenepitheliomen wurde von diesem selbst, wie auch vom Verf. dieser Publication, ferners von den Chirurgen *Reverdin* in Genf und *Tedenat* in Montpellier bereits mehrfach ausgeführt. Durch längere Beobachtung der Operirten



nach der Operation hat man sich die Ueberzeugung verschafft, dass diese vollständige Autoplastik zu den leichten Operationen an der Unterlippe gehöre und ein entschieden günstigeres Resultat liefere, als alle bisher angewendeten Methoden. *Tripier* stellte sich die Aufgabe, eine so viel als möglich den normalen Verhältnissen entsprechende Unterlippe zu bilden, d. h. dem freien Rande eine genügende Breite und besonders einen Schleimhautsaum zu geben, ohne welchen ja eine Unterlippe ihren Functionen nicht entsprechen kann. *Tripier* hat dieses Resultat durch folgendes Verfahren erreicht. Er bildet aus den weichen Partien der Unterlippe einen langgestreckten vierseitigen Lappen, der bis auf seine beiden Schmalseiten, mit denen er noch mit den übrigen Weichtheilen im Zusammenhange steht, von der übrigen Schleimhaut abgelöst wird. Der mittlere Theil des Lappens ist sehr beweglich und kann ohne bemerkenswerthe Drehung des doppelten Stieles verschoben werden. Seiner Bestimmung als Ersatz der Lippe oder einer Lippencommissur entsprechend wird seine Achse senkrecht oder parallel zur Querachse des Mundes sein müssen oder auch krummlinig, die Concavität der wiederherzustellenden Lippencommissur umfassend. Im ersteren Falle ist der Lappen einer einzigen Lippe entnommen, seine beiden Insertionspunkte finden sich auf dieser Lippe im Niveau der Commissuren, im zweiten Falle ist jedes der Enden des Lappens auf einer verschiedenen Lippe, die Mitte der Commissur entsprechend. Dieser so gebildete Schleimhautlappen ist bestimmt, den freien blutenden Rand zu bedecken, der in der Absicht gebildet wurde, eine so viel als möglich der vorigen Form ähnliche Unterlippe zu schaffen. Ein solcher Lappen entspricht allen Anforderungen. Er besitzt genügende Vitalität, da er von einer sehr vascularisirten Körperpartie entnommen ist und an zwei Seiten mit der übrigen Schleimhaut im Zusammenhange bleibt. Das Absterben des Lappens ist trotz des vorgeschrittenen Alters der meisten Patienten und trotz der Unfügsamkeit der alten Leute sehr selten. Man darf sich jedoch nur der Schleimhaut der Lippe und nicht der des Gingivus bedienen. Die Bildung des Lappens bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Die bei jeder Lippenplastik abundante Hämorrhagie ist leicht zu stillen. Das unmittelbare Resultat ist ein ausgezeichnetes und mit keiner anderen Methode erreichbar. Der Schleimhautlappen gibt der Lippe ihre normale Dicke und Form und passt sich sehr gut der Oberlippe an. Die Lippe behält auch ihre normale Beweglichkeit und rollt sich nicht ein, wie die schon vor längerer Zeit nach dieser Methode operirten Fälle es beweisen. Die Ausführung dieser Operationsmethode geschieht nun folgendermassen. Nachdem der Patient rasirt ist und Zähne und Mund gehörig gereinigt sind, wird er narcotisirt. Nun werden die benachbarten geschwollenen Lymphdrüsen exstirpirt, die Wunden genäht und drainirt. Die Excision des Lippencarcinoms geschieht mit Messer und Scheere, wenn die Neubildung nur die oberflächlichen Partien des freien Lippenrandes einnimmt. Mit dem Bistouri wird der Tumor durch zwei oberflächliche Incisionen vorne von der gesunden Haut, rückwärts von der Mucosa abgetrennt und mit der Scheere abgelöst. Reicht die Neubildung weiter in die Tiefe, so dass die Bresche grösser ausfallen muss, so muss die Lücke durch einen

Hautlappen geschlossen werden. Zu diesem Zwecke verwendet *Tripier* eine von *Lallemand* erdachte und von *Volkmann* modificirte Methode der Lappenbildung. Der vierseitige, an seiner Spitze dünne und schmale Lappen hat seine Basis im Niveau einer der Commissuren und wird den seitlichen Kinnpartien entnommen. Der Lappen findet seine Stütze durch die innig am Kiefer haftenden Hautpartien. Beim Ausschneiden dieses Lappens muss man trachten, die gesunde Schleimhaut der bleibenden Lippenpartie zu schonen, weil sie für den herzustellenden freien Lippenrand benöthigt wird. Die Blutstillung wird mittelst Torsion bewerkstelligt. Alle Labialdrüsen, welche über die Schnittoberfläche vorspringen sollten, werden mit der Scheere abgetragen, weil sie nur die Vereinigung und Heilung hindern würden. Schnitt des Schleimhautlappens. War die Neubildung nur an der Unterlippe und ist dieselbe bereits entfernt, so nehmen zwei Assistenten die nach aussen umgestülpte Unterlippe, um die Schleimhaut zu entblössen und zu spannen. Der Schleimhautlappen wird nun abgemessen, der in seiner mittleren Partie mindestens 12—15 Millimeter und an seinen Basen etwas breiter sein muss. Der Lappen wird durch eine mehr oder weniger der Zahnfleischwangenfurche genäherte quere Incision umschrieben und sodann durch Bistouri oder durch ein darunter geführtes Tenotom beweglich gemacht. Nach vollendeter Blutstillung führt man ihn an den zu bedeckenden Rand und befestigt ihn durch Nähte. Vorher muss man dem Rand jedoch die entsprechende Lippenform durch Anschneiden seiner äusseren Fläche in der Mitte geben, um so die mediane Depression zu erhalten. Der Schleimhautlappen muss sich leicht ohne Zerrung und Runzelbildung anlegen und sein vorderer Rand muss genau mit dem Schnittrande der Haut zusammenpassen. Aehnlich wird vorgegangen, wenn der Tumor eine Lippencommissur überschritten und auf die Oberlippe übergegriffen hat. Man muss einen der Lappenstiele auf die Oberlippe bringen und der den Lappen ablösenden Incision eine krummlinige Richtung geben. Nähte: Man näht zuerst in der Mittellinie und sodann an den Seiten und im Niveau der Commissuren je eine Naht, sodann die Zwischennähte in Absätzen von je 5 Millimeter. Als Nähmaterial benützt man am besten ausgeglühten Eisendraht. Zur besseren Adaptirung befestigt man durch zwei sich kreuzende Fäden den hinteren Rand mit dem Rande der am Platze gebliebenen Schleimhaut. Diese Nähte dienen auch ferners noch zur Fixirung eines Tampons aus Jodoformgaze, der den Verband ersetzt und blutstillend wirkt. Ebenso näht man bei Wiederherstellung einer Commissur. Hat man auch einen Hautlappen bilden müssen, so befestigt man diesen durch umschlungene Nähte mit intermediären Drahtnähten. Der Schleimhautlappen wird in der oben angegebenen Weise darüber befestigt. Die Nahtstellen werden mit Jodoformpulver bestreut und die Lippe mit Borsalbenlint bedeckt. Die Drüsenwunde bedeckt man mit Sublimatgaze. Das ganze Operationsplanum wird noch mit Borwolle bedeckt, die mit Tarlatanbinden befestigt wird. Um den Verband für Flüssigkeiten undurchdringlich zu machen, überstreicht man ihn schliesslich mit Collodium. Der Verband wird am nächsten Tage gewechselt, die Wunde mit 4%iger Borsäurelösung gewaschen und der Verband sodann wieder angelegt. Die Metallnähte entfernt man erst nach 8 Tagen. *Dr. Baaz.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

940. ***Ueber den Zusammenhang von Augenkrankheiten mit den Sexualorganen.*** *Von* ***Power.*** *(Transact. of the Ophth. Soc. VIII. Bd. — Wiener med. Wochenschr. 1889. 35.)*

Was das männliche Geschlecht betrifft, so können Excesse in venere die Ursache von Mouches volantes, Asthenopie und Blepharospasmus bilden; ja selbst Netzhautentzündungen und Sehnervenatrophie können unter fortgesetzten Excessen entstehen. Was das weibliche Geschlecht betrifft, so tritt manchmal bei Mädchen bei Beginn der Menses Conjunctivitis und Keratitis mit Geschwüren auf. Plötzliche Unterbrechung der Menstruation kann Blutung in die Vorderkammer und den Glaskörper, ferner Iritis, Iridochorioiditis, Neuritis optica und Sehnervenatrophie zur Folge haben, und wurden solche Fälle beobachtet. Fortgesetzte Dysmenorrhöe kann Krankheiten der Conjunctiva, Cornea, des Uvealtractes und Episcleritis zur Folge haben. Frauen, die an Menopause leiden, bekommen manchmal Erguss in den Glaskörper und Disposition zu Glaucom. Dass bei Gravidität im Anfange oft asthenopische Beschwerden und in den letzten Monaten eine Retinitis albuminurica auftreten kann, ist bekannt. Bei starken puerperalen Blutungen entsteht hier und da Amaurose, selten bleibende Atrophie des Opticus. Bei puerperaler Sepsis sah man Embolie der Arteria centralis und in Folge dessen partielle oder totale Erblindung auftreten. Auch das zu lange fortgesetzte Lactationsgeschäft kann Augenleiden im Gefolge haben, zumal Asthenopie.

941. ***Die Behandlung der Granulationen der Bindehaut mit Sublimat.*** *Von* ***Ch. Arnauts.*** *Von der Abtheilung Romiée in Lüttich. (Annales d'oculistique. 1889. Januar u. Februar. — Centralbl. f. Augenheilk. 1889. Juli.)*

Verf. empfiehlt gegen Granulosa die Sublimatbehandlung, mit der er sehr schöne Erfolge hatte, auf das Wärmste. Die Patienten erhalten eine Lösung von 1 : 500 oder 1 : 400 und träufeln 3mal täglich 1—2 Tropfen davon in den Conjunctivalsack. Gegen den Schmerz lässt man vorher einige Tropfen Cocaïnlösung instilliren. Zweimal in der Woche stellen sich die Patienten ausserdem beim Arzt vor, von welchem sie nach erfolgter localer Anästhesie mit einer Sublimatlösung 1 : 120 oder 1 : 100 gepinselt werden. Die Erfolge sind sehr gute, besonders der Pannus verschwindet oft in unglaublich kurzer Zeit, so dass Verf. auf die Idee kam, dass dem Sublimat eine specifische Wirkung auf die neugebildeten Gefässe der Hornhaut innewohne und dasselbe auch bei nicht granulösen Hornhautprocessen, die mit reichlicher Gefässbildung einhergehen, verwendete, und zwar ebenfalls mit gutem Erfolg. Bei den Fällen von Granulosa, die von Anfang an mit Sublimat behandelt wurden, kam es nur selten zu Hornhautaffectionen. Verf. führt zu Gunsten der Methode, von der er so schöne und rasche Resultate gesehen hat, noch an, dass sie leicht anzuwenden ist, dass sie das Auge nur kurze Zeit und leicht reizt und dass der Patient durch dieselbe in seiner Berufsthätigkeit wenig gestört wird.



942. ***Ueber Ephedrin und Pseudoephedrin. Neue Mydriatica.*** *Von Dr. **A. de Vriese**, Assistent des ophthalmolog. Institutes Magni in Bologna. (Annales d'oculistique. 1889. März-April. — Centralbl. f. Augenheilk. 1889. Juli.)*

Verf. hat an Thieren und Menschen und auch an sich selbst Versuche angestellt über die physiologische Wirkung der neuerdings von *Merck* in den Handel gebrachten Mydriatica, des salzsauren Ephedrins und Pseudoephedrins (beide aus Hedera Helix gewonnen). *A.* Ephedrin. Mit 6—7% Lösungen erhält man bei vielen, aber nicht allen Individuen Pupillarerweiterung meist nach 40—50 Minuten. Mit 10% Lösung erhält man nach Einträufelung von 1—2 Tropfen nach 40—60 Minuten Dilatation. Dieselbe ist eine mässige, aber doch so gross, dass man gut dabei ophthalmoskopiren kann. Pupillarreaction auf Licht besteht, wenn auch verringert. Accommodation und Tension bleiben unverändert. Das Mittel wirkt besser bei Kindern und Greisen, als bei Leuten im mittleren Alter. Die länger dauernde Anwendung zieht keinerlei Schädlichkeiten nach sich. Die Mydriasis verschwindet nach 5—20 Stunden (die Homatropinmydriasis verschwand bei Controlversuchen erst nach 69 Stunden). Das Ephedrin ist also im Stande, das Homatropin mit Vortheil zu ersetzen. *B.* Pseudoephedrin. Die bei 1% Lösung nur langsam, bei 10—12% Lösung nach 30—35 Minuten eintretende Mydriasis ist ziemlich bedeutend, wenn auch nicht zu vergleichen mit der durch Atropin bedingten. Sensibilität, Pupillarreaction auf Licht, Accommodation bleiben völlig erhalten. Nach 6—9 Stunden erreicht die Pupille wieder ihre ursprüngliche Grösse. Da das Mittel auch bei längerer Anwendung keine Unannehmlichkeit mit sich bringt, so ist es für manche Fälle als praktisches Mydriaticum zu empfehlen. Nach vorgenommenen Thierversuchen schliesst Verf., dass das Mittel sowohl auf die Endigungen des Oculomotorius, als auch auf die Muskelfasern des Sphincter wirke. Erstere werden nur leicht gelähmt, letztere vollständig.

943. ***Fremdkörper in der Nase.*** *Von Dr. **Dodd**. (Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte. — Münchn. med. Wochenschr. 1889. 11.)*

Verf. veröffentlicht folgendes einfache Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. Man bedarf eines circa 2 Fuss langen Gummirohrs mit einem Ansatz aus Hartgummi, der das Nasenloch ausfüllt. Das olivenförmige Ansatzstück wird in das Nasenloch eingelegt, in dem der Fremdkörper nicht liegt. Bläst man nun 1mal kräftig durch den Schlauch, so wird der Fremdkörper durch den Luftstrom herausgeschleudert. Oder, wenn man eines stärkeren Luftstromes bedarf, kann man das andere Nasenloch auch zuhalten und dann während des Blasens plötzlich öffnen lassen. Das Verfahren hat dem Verf. noch nie versagt. Jedenfalls ist es ganz ungefährlich und dürfte stets zunächst versucht werden.



Dermatologie und Syphilis.

944. ***Ueber die praktische Bedeutung des Gonococcus.*** *Von Dr.* **Oberländer** *in Dresden. (Berl. Klinik. Heft 5.)*

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der interessanten und fleissig durchgeführten Arbeit lassen sich am besten mit des Verf.'s eigenen Worten wiedergeben, wie folgt: 1. Im chronischen Stadium der Gonorrhoe bei beiden Geschlechtern schliessen auch fortgesetzt negative Befunde von Gonococcen die gonorrhoische Natur des Leidens nicht aus. Ebenso wenig ist dann eine eventuelle Uebertragbarkeit dieser Erkrankungen ausgeschlossen. 2. Man wird in Zukunft die rationelle Urethroskopie für die Verfolgung praktischer Zwecke in erster Linie cultiviren müssen, da die ausschliessliche Betonung des bacteriellen Standpunktes nicht genügend praktisch verwerthbare Resultate zu Tage gefördert hat. 3. Für die weitere Kenntniss der Entstehung und des Verlaufs der chronisch-gonorrhoischen Erkrankungen sind als besonders wichtig anzusehen: Die mikroskopischen Untersuchungen von Gewebstheilen und Secreten, welche durch das Urethroskop als chronisch-gonorrhoisch erkrankt diagnosticirt wurden, und das Studium der chronischen Gonorrhoe an den Prostituirten, den eigentlichen Trägerinnen des gonorrhoischen Giftes. *v. Buschman.*

945. ***Angeborene syphilitische Onychia.*** *Von* **S. Paget.** *(Lancet. 2. Febr. 1889. — Ref. in The London Med. Rec. 1889. 15.)*

Paget schildert einen Fall syphilitischer Onychia. Alle Nägel, an Händen und Füssen waren in gleicher Weise ergriffen. Sie waren verdickt, entfärbt und theilweise ausgefallen. Der hintere Theil jedes Nagels war von gelblicher Färbung, aber es war keine Eiterung unter denselben und keine Pusteln um dieselben vorhanden. Das Kind, 4 Monate alt, war das erste lebende nach zwei Aborten und hatte an Geschwüren am After und einem papulösen Ausschlag auf der Brust gelitten. Ausserdem ist in der Krankengeschichte Ozaena und ein leichter Pemphigusausbruch mit Abstossung der Haut bemerkt. Entsprechende Behandlung führte rasche Besserung herbei. *Sternthal.*

946. ***Lupus mit Eis behandelt.*** *Von* **Klaus Hanssen.** *(Med. Revue. 1889. Mai. — Centralbl. f. Chirurg. 1889. 36.)*

Eine an Lupus der Unterlippe und des Kinnes leidende Frau war verschiedentlich mit Aetzungen, Galvanocaustik und Ausschabungen in Chloroformnarcose behandelt worden. Eine definitive Heilung wurde jedoch nicht erreicht, vielmehr entwickelten sich stets vor Eintritt einer solchen neue Knoten in der Umgebung. Gleichzeitig bestand eine so hochgradige Empfindlichkeit der erkrankten Stelle, dass der geringste Eingriff, wie z. B. das Aufstreuen von Jodoform, langdauernde Schmerzen hervorrief, welche selbst durch Anwendung von Cocain nicht gestillt werden konnten. Verf. wandte nun, als nach einer dritten Ausschabung mit dem scharfen Löffel sich wieder neue Knoten zeigten, die von *Gerhardt* empfohlene Behandlung an und legte Eis auf. Er erreichte dadurch binnen drei Tagen nicht nur eine Herabsetzung der Sensibilität, sondern im Verlaufe einiger Wochen



Heilung der Wunde und Verschwinden der Knoten. Nach 3 Monaten war noch kein Recidiv aufgetreten.

947. ***Grosser schwimmhosenartiger Naevus pilosus mit Pigmentsarcom.*** *Von J. Moller. (Wien. med. Wochenschr. 1889. 13. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 36.)*

Der mitgetheilte Fall zeigt eine grosse Aehnlichkeit mit allen übrigen bekannten, besonders mit jenem oft citirten ***Michelson's*** (*Ziemssen's* Handb. Bd. XIV), weicht aber insofern davon ab, als hier ein merkwürdiger Schrumpfungsvorgang von Sarcomen constatirt wurde. Bei der Geburt des nunmehr 5jährigen Knaben wurden am Kreuzbein und Gesässe mehrere sich mammaartig anfühlende Geschwülste bemerkt. Ein nahezu kleinfaustgrosser Tumor, welcher quer und breit am Kreuzbein aufsass, zeigte ein rasches Wachsthum und wurde, als er die Grösse einer Mannesfaust erreicht hatte, im 2. Lebensjahre des Knaben exstirpirt. Die anatomische Untersuchung ergab ein ausgebreitetes Pigmentmal mit sarcomatöser Entartung. Als Verf. den Pat. nach einigen Jahren wiedersah, fand er kein Recidiv an der operirten Stelle vor, dagegen eine beträchtliche Verkleinerung der übrigen Tumoren, welche sich nur wie verdickte Hautfalten präsentirten.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

948. ***Ein Beitrag zur Aetiologie der croupösen Pneumonie.*** *Von E. Klein in London. (Centralbl. für Bacteriol. V. Bd. 19.)*

Verf. hat eine Epidemie zu beobachten Gelegenheit gehabt, die in einer Stadt im Norden Englands (Middlesborough) unter ungefär 40.000 Einwohnern während der ersten Hälfte des Jahres 1888 nahe an 240 Opfer gekostet hat. Der Verlauf und die Symptome der Kranken waren von denen der genuinen croupösen Pneumonie in mancher Beziehung verschieden. Die vom Verf. angestellten bacteriologischen Untersuchungen ergaben, dass weder der *Friedländer*'sche Bacillus, noch der *Fraenkel-Weichselbaum*'sche Diplococcus pneumoniae die Ursache der Krankheit waren, sondern eine von diesen sowohl morphologisch, als culturell verschiedene Bacterienart. Im Sputum und im Lungensafte fanden sich Reinculturen von kurzen, ovalen, sehr beweglichen Stäbchen, einzeln, als Diplobacterien oder als kurze Ketten, die auf dem üblichen Nährboden gut gedeihen und die bei weissen Mäusen und Meerschweinchen hochgradige Lungenentzündung hervorrufen. Für die ätiologische Bedeutung dieser Bacterien spricht noch folgende Thatsache. Während der Versuche mit diesen Bacterien waren in denselben Räumlichkeiten mit den kranken Thieren, die in separaten Käfigen eingeschlossen waren, noch andere Thiere untergebracht und es entstand eine förmliche Epidemie von Lungenentzündung unter Mäusen und Meerschweinchen. Auch 3 Affen starben während dieser Zeit und zeigten bei der Section ausgesprochene lobäre Pneumonie beider Lungen im Stadium der rothen Hepatisation. *Schnirer*, Wien.



949. ***Ueber die Anziehung des Pepsins durch Eiweisskörper.*** *Von Prof. **Fick**. Vortrag in der phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 6.)*

Schon *Wittich* lehrte, dass geronnenes Fibrin eine sehr grosse Anziehung auf das Pepsin ausübt. Besonders geeignet, diese Thatsache zu erläutern, ist der bekannte *Grünhagen*'sche Versuch. Bringt man auf einen Trichter mit enger Ablauföffnung in verdünnter Salzsäure gequollene Fibringallerte, die man auf etwa 40° erwärmt hat, so wird von selbst kein Tropfen abfliessen. Bringt man jetzt aber einige Tropfen einer Pepsinlösung auf die Gallerte, so verflüssigt sich diese alsbald, so dass sie abtropft und nach wenigen Stunden die ganze Masse mit Hinterlassung geringer Reste abgeflossen ist. Es wird dies nur dadurch möglich, dass die Pepsinmolecüle, nachdem sie einen Theil des Fibrins verflüssigt haben, sich mit grosser Begierde im Vorbeisickern wieder an neue Mengen der Gallerte anhängen, um nun auf diese zu wirken. Bei diesem Stande der Dinge lag nun die Frage nahe, ob nicht nur das Fibrin allein, sondern überhaupt alle geronnenen Eiweisskörper sich in gleicher Weise zum Pepsin verhalten. Der Vortragende hat diesbezügliche Untersuchungen angestellt, und zwar mit Muskelfleisch und dem Milchcoagulum, d. h. durch Labferment gefällten Casein. Die Versuchsanordnung war folgende: Die Muskeln wurden fein geschnitten und in Wasser gut ausgewaschen. Dann wurde eine gewisse Menge solcher Muskelflocken in eine Flüssigkeit gebracht, die pepsinhaltig war. Zur Controle wurde dabei eine gleiche pepsinhaltige, jedoch nicht mit Fleischflocken versetzte Flüssigkeitsmenge behandelt. Beide Flüssigkeiten wurden nun mehrere Stunden digerirt, dann die Lösungen abfiltrirt und diese mit einer entsprechenden Menge Salzsäure versetzt, während gleichzeitig die gleichen Mengen Fibrin zugegeben wurden. Nachdem dann beide Lösungen in den Brutofen gebracht worden waren, zeigte es sich, dass in der nicht mit Fleischflocken versetzten Lösung das Fibrin nach etwa $^1/_2$—1 Stunde vollständig verdaut war. In der mit Fleisch beschickten Lösung war dagegen noch nach 5—6 Stunden das Fibrin unverdaut, ein Beweis dafür, dass die Fleischflocken der Flüssigkeit ihr Pepsin entzogen hatten. Es wurde dann in den Fleischflocken das Pepsin direct nachgewiesen, indem sie gut abgewaschen und dann in eine einfache 2 pro mille salzsäurehaltige Flüssigkeit gebracht wurden, wobei sie jetzt rasch zerfielen und verdaut wurden. Mit flockigem Milchcoagulum hatte *Fick* dieselben Erlebnisse, wenn es auch, ebenso wie die Fleischflocken, nicht dieselbe grosse Energie gegenüber dem Pepsin zeigte, als das Fibrin.

950. ***Versuche über angebliche Accommodation bei Gesunden und Anisometropen.*** *Von Dr. **Carl Hess**. Aus dem physiologischen Institute der deutschen Universität in Prag. (Graefe's Archiv f. Ophthalmologie XXXV. I. — Centralbl. f. Augh. 1889. Juli.)*

Entgegen den Ergebnissen von *Fick* kommt Autor zu folgenden Resultaten: 1. „Bei keinem der von mir untersuchten Emmetropen und Anisometropen konnte auch nur eine Spur von ungleicher Accommodation nachgewiesen werden.“ 2. „Die Beobachtungen von *Fick*, dass seine Schriftproben noch mit einer Gläserdifferenz von 2—3 D. gelesen werden, können unmöglich als



Beweis ungleicher Accommodation angesehen werden, die Befunde erklären sich zur Genüge aus den oben eingehend erörterten Thatsachen und Fehlerquellen.“ 3. „Der Satz von der Unmöglichkeit unsymmetrischer Accommodation, Fundamentalsatz des Capitels über Anisometropie, ist bisher noch nicht widerlegt und daher nicht, wie es *Fick* verlangt, zu streichen.“

951. ***Ueber den Einfluss mechanischer Reizung der Haut und der Muskeln auf den Blutdruck.*** *Von* ***Emil A. G. Kleen*** *in Stockholm. (Nordiskt med. Arkiv. 1888. Bd. XX. 10.)*

Die unter *Tigerstedt* im Stockholmer physiologischen Laboratorium angestellten Versuche beweisen, dass der Blutdruck auf mechanische Reizung blossgelegter Muskeln sich ganz anders verhält wie bei mechanischer Irritation der Haut. Während ausgedehnte Hautreizung (Bürsten) unmittelbar Steigen des Blutdruckes bedingt, das auch bei curarisirten, nicht aber bei chloralisirten Thieren eintritt und während der ganzen Dauer des Versuchs (selbst 5 Minuten lang) bestehen bleiben kann, kommt es bei mechanischer Reizung der blossgelegten Muskeln immer zu kurzdauernder Blutdruckabnahme, die später bei fortdauernder Irritation einem Steigen Platz macht. Curare und Chloral modificiren diese Wirkung nicht. Bei gemischter Reizung der Muskeln und der Haut hängt die Veränderung des Blutdruckes davon ab, ob der Muskel oder die Haut intensiver gereizt wurde. Bei intensiver localisirter Massage kommt es zur Herabsetzung, bei Kneten ausgedehnter Flächen zur Steigerung des Blutdruckes. Localisirte Massage, wenn sie auch noch so fest geschieht, führt niemals so starke Blutdrucksteigerung herbei, wie eine ausgedehnte, wenn auch schwache Reizung. Die Pulsfrequenz wird bei isolirter Muskelreizung anfangs retadirt, später beschleunigt; bei Reizung der Haut ist die Veränderung der Pulszahl verschieden, ohne dass die Stärke des Reizes die Differenz erklärt.

Th. Husemann.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

952. ***Kann die Schule für das häufige Auftreten der Chorea minor während des schulpflichtigen Alters mit verantwortlich gemacht werden?*** *Von Dr.* ***O. Körner*** *in Frankfurt a. M. (Deutsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1889. — Neurolog. Centralbl. 1889. 16.)*

Nach einer von der British Medical Association angestellten Sammelforschung fallen 77·46 Procent aller Fälle von Chorea minor in das schulpflichtige Alter von 6—15 Jahren. *Körner* untersucht die in der Ueberschrift genannte Frage zuerst an der Hand einer Reihe von Mittheilungen aus der Literatur, besonders aus den Lehrbüchern von *Baginsky* und *Henoch.* — Er hebt ferner die im „Aerztlichen Gutachten über das höhere Töchterschulwesen Elsass-Lothringens“ niedergelegte Ansicht *Kussmaul's* hervor, der den unwissenden Lehrern und Eltern, welche die ersten noch leisen Aeusserungen der Krankheit für Absicht und Ungezogenheit halten und die Kinder dafür züchtigen, die Schuld an der Verschlimmerung der Leiden in vielen Fällen zur Last legt.



— Ein englischer Autor *Sturges*, der über eine ziemlich grosse Erfahrung verfügt, hat folgende Schädlichkeiten als Ursache der Erkrankung bezeichnet: 1. Kummer und Verzweiflung über zu lange Unterrichtszeit, wie über unangemessen schweren Lernstoff; 2. Angst vor den Prüfungen und die Folgen davon (Schlaflosigkeit etc.); 3. Hausaufgaben, wenn den Kindern die zur Anfertigung derselben nöthigen häuslichen Bequemlichkeiten fehlen; 4. Stockprügel und andere Strafarten, besonders wenn dieselben ungerecht sind. Es hat sich aber, wie der Verf. betont, bei den *Sturges*'schen Fällen nur um schon geschwächte Schulkinder gehandelt, die der Chorea zum Opfer fielen. — Die in den Arbeiten von *Albert*, *Eckstein*, *Crumpton*, *Bricheteau*, *Leube*, *Mosler* u. A. beschriebenen Fälle, wo Chorea durch Nachahmung, bezw. psychische Ansteckung hervorgerufen sein soll, hat *Körner* auf ihren wahren Werth geprüft und gelangt zu dem Schlusse, dass die Entstehung der Chorea minor durch Nachahmung bei Gesunden durch kein Beispiel bewiesen ist und darnach die Annahme gerechtfertigt erscheint, dass in den Schulen, in denen man es mit Gesunden, nicht etwa durch Krankheit oder Nahrungsmangel geschwächten Kindern zu thun hat, eine epidemieartige Verbreitung der Krankheit durch Nachahmung kaum möglich ist. Es handelt sich übrigens bei solchen Epidemien wahrscheinlich immer um hysterische Erkrankungsformen. Der Verf. berichtet als Beleg für letztere Ansicht kurz über die Choreaepidemie in der Schwanheimer Schule, welche von *Laquer* in der Deutschen med. Wochenschr. 1888, 51, beschrieben worden ist. Das Ergebniss der Erfahrungen und Untersuchungen des Verf. ist demnach folgendes: Die Schulschädlichkeiten führen nur selten zur Chorea minor. Nur schlecht genährte Kinder fallen leicht der Chorea anheim, wenn sie in der Schule über Gebühr angestrengt und besonders, wenn sie durch Züchtigungen in hohem Grade erregt werden. — Nachahmung führt selten zu Chorea und zu epidemischer Verbreitung derselben. Choreatische sind von der Schule fernzuhalten, weil die Psyche Choreatischer meist miterkrankt ist. Um dem Ausbruche der Chorea vorzubeugen, müsste den Lehrern Gelegenheit gegeben werden, den Veitstanz besonders in seinen ersten Anfängen kennen zu lernen.

953. ***Geistesstörung nach einer Kopfverletzung.*** *Von A. Leppmann in Berlin. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1889. 10. — Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk. 1889. 16.)*

Paul L., geb. 1855, erblich nicht belastet, wurde am 10. März 1887 von einem 5 Pfund schweren Winkelhebel so auf den Kopf getroffen, dass er an der linken Seite des Hinterkopfes eine 2 Zoll grosse Wunde davon trug. Keinerlei Symptome einer Commotio cerebri. Die Wunde heilte im Krankenhause per secundam. Darauf nahm Pat. seine Beschäftigung in einer Zwirnfabrik wieder auf. Im Monat Juli hat Pat. mehrmals epileptiforme Krämpfe. Im September fühlt sich Pat. krank, wird in's Krankenhaus nicht aufgenommen, weil er anscheinend geistesgestört sei. Er geht selbst nach Berlin, sucht in's kaiserliche Palais einzudringen und kommt deshalb auf ein physicatsärztliches Attest, dass er geisteskrank sei, in die Irrenabtheilung der Charité. Dort blieb er einen Monat, zeigte eine grosse Anzahl Wahnideen meist religiösen Inhaltes



und einen mässigen Schwachsinn. Die Diagnose lautete damals: Paranoia religiosa, in Schüben dementia. Von dort kam er nach Dalldorf, wo er über 2 Monate blieb. Neben hypochondrischen Klagen und Grössenideen zeigte er eine nicht unbeträchtliche Demenz. Pat. blieb des weiteren in den Krankenhäusern zu Sagan und Bunzlau bis zum Juni 1888, wo er als geheilt entlassen wurde. Aus dem Vorleben des Pat. sei erwähnt, dass derselbe bis zu der Verletzung immer im Wesentlichen gesund war und einen ordentlichen Lebenswandel führte; nur kurz nach der Verheiratung im Jahre 1880 soll er vorübergehend etwas getrunken haben. Verf., vor die Frage gestellt, ob der am 10. März 1887 erlittene Unfall die Veranlassung zu der später bei L. aufgetretenen Geistesstörung war, beantwortet dieselbe dahin, dass die Geisteskrankheit des P. L. wahrscheinlich eine Folge der Kopfverletzung ist, welche er am 10. März 1887 erlitten hat. Verf. stützt sein Urtheil darauf, dass bei dem Pat. keine sonstigen ursächlichen Momente für das Entstehen einer Psychose aufzufinden sind, dass dagegen erfahrungsgemäss Kopfverletzungen durchaus geeignet sind, eine Geistesstörung zu veranlassen. Die Zwischenzeit von 6 Monaten zwischen Verletzung und Ausbruch der Psychose widerspricht erfahrungsgemäss diesem Zusammenhange nicht; auch liegen in den der Krankheit voraufgehenden epileptiformen Anfällen, welche fast sicher auf die Kopfverletzung zurückzuführen sind, gleichsam die Vorboten der später eintretenden Geistesstörung vor. Auch die Eigenart der durch Kopftraumen hervorgerufenen Geistesstörungen, dass sie alle ein schwachsinniges Gepräge haben, ist in dem erwähnten Falle scharf ausgesprochen. Endlich sind auch jene für die erwähnten Psychosen charakteristischen eigenthümlichen Gefühlsstörungen in verschiedenen Theilen des Körpers, welche zu hypochondrischen Klagen, ja zu Vergiftungswahnideen Anlass geben, bei *Leppmann* in der Charité, in Dalldorf, sowie in Sagan beobachtet worden. In seiner Arbeit stellt Verf. bei der Frage, ob man Alkoholepilepsie von der gemeinen Epilepsie unterscheiden könne, folgende Merkmale als Kriterien der Alkoholepilepsie auf: 1. Eintritt der Anfälle nach gehäuften Trinkexcessen. 2. Stetes Vorkommen in Serien, welche sich zum Status epilepticus steigern können. 3. Unmittelbares Gefolgtsein von alkoholisch gefärbter geistiger Störung, namentlich von Anfällen von Delir. potat.

954. ***Ueber eine eigenthümliche Brotkrankheit.*** *Von Stabsarzt Prof.* ***Kratschmer*** *und Oberarzt Dr.* ***Niemilowicz.*** *Aus dem chemischen Laboratorium des k. k. Militär-Sanitätscomités. (Wiener klin. Wochenschr. 1889. 30.)*

Das Wiener Stadtphysicat hat in letzter Zeit bei der Revision der Nahrungsmittel öfter eine Verderbniss des Grahambrotes beobachtet und derartig verdorbene Stücke dem obengenannten Laboratorium zur Untersuchung gütigst überlassen. Nach dem blossen Aussehen waren — wie beim Brote überhaupt — auch hier in den meisten Fällen Schimmelpilzwucherungen die Veranlassung der Verderbniss; in einzelnen Fällen jedoch zeigte sich eine ganz eigenartige Veränderung der Brotmasse, welche übrigens nicht blos am Grahambrot, sondern auch an anderen Brotsorten vorkommt, aber bisher noch nicht beschrieben und noch weniger in ihrem Wesen aufgeklärt ist. Das Brot ist hierbei in seinem



Innern gewöhnlich an einer, selten an mehreren Stellen von verschiedenem Umfange in eine bräunliche, klebrige, fadenziehende Masse von eigenthümlichem Geruche umgewandelt. An der Luft vertrocknet dieselbe allmälig, ohne weiter an Umfang zuzunehmen, und wird bald von den in der Peripherie derselben auftauchenden Schimmelpilzansiedlungen überwuchert. Die Untersuchung der Verf. ergab: In mikroskopischen Präparaten, welche aus der klebrigen Brotmasse angefertigt wurden, das Vorhandensein vieler Stäbchen, die $1^1/_2$- bis 2mal so lang als dick sind, abgerundete Enden haben, zumeist einzeln oder auch in Häufchen regellos neben einander liegen. Nach Färben mit Fuchsin sieht man eine schwach gefärbte Hülle, in der an beiden Polen zwei stark tingirte Sporen liegen. Es wurden Plattenculturen auf Gelatine, Agar-Agar und Kartoffel gezüchtet. Es ergab sich dabei, dass die Kartoffel der Lieblingsnährboden dieser Bacterienart ist. Hier entwickelt sie sich mit einer enormen Geschwindigkeit. Besonders ist zu bemerken, dass, wenn vom erkrankten Brote (welches nämlich sehr sporenreich ist) geimpft wird, sich bereits nach einigen Stunden (auf nicht zu fetten Kartoffeln) von der Impfstelle aus klebrige, feuchte Belege bilden, die bald in Faltenbildung übergehen und Reinculturen derselben Bacterienart, nur mit einem viel üppigeren Wachsthum ausgestattet, vorstellen. Unter dem Mikroskope zeigen sich je nach dem Nährboden und nach der Zeitperiode, in der die Probe entnommen wurde, verschiedene Verhältnisse. Es kommen auf der Kartoffel grössere Bacillen als auf Agar-Agar vor, welche letzteren wieder grösser sind, als die auf Agar-Gelatine, Gelatine und Bouillon. Die Anordnung ist verschieden, indem bei sehr starkem Wachsthum längere, fünf- bis achtgliedrige Reihen vorkommen, während bei schwacher Entwicklung, z. B. in Bouillon, kleinere Bacillen ganz lose nebeneinander liegen. Je üppiger das Wachsthum, je schneller die Entwicklung, desto schneller kommen auch Involutionsvorgänge zum Vorschein. Man muss also dreierlei Formen auseinanderhalten: eine junge kräftige, eine schwache und eine involvirte. Auf Grund der morphologischen und biologischen Beobachtungen kommen die Verfasser zu dem Schlusse, dass der die Brotkrankheit erzeugende Bacillus nichts Anderes als der gewöhnliche Kartoffelbacillus (Bacillus mesentericus vulgatus Fl.) ist. Um nun für die Bestätigung dieser Ansicht den endgiltigen Beweis zu liefern, haben sie gekochte Kartoffeln in eine feuchte Kammer gestellt und den sich bald bildenden Kartoffelbacillus für die weiteren Versuche verwendet, jedoch schon bei den Versuchen mit dem erkrankten Brote waren Partikelchen der schmierigen Masse entnommen und auf sterilisirte Brotplatten von Militär- und Grahambrot geimpft, die fragliche Brotkrankheit hervorzurufen nicht fähig. Die Erklärung hierfür ist eine leichte. Das normale Brot ist weder neutral noch alkalisch, sondern sauer, und auf solchem Nährboden können die Bacillen nicht gedeihen; sie gedeihen daher auch nicht auf gewöhnlichem Brotteige. Verf. haben nun aus sogenanntem Halbfrucht- (Weizen-, Roggen-) Mehle einen Teig unter Zusatz von etwas kohlensaurem Natron hergestellt, sterilisirt und mit einer Kartoffelcultur des Brotbacillus geimpft. In vier Tagen bildete sich auf dem Brote eine einige Millimeter dicke



Schichte, welche mit der braunen Masse des kranken Brotes vollkommen identisch war. Bei dem ausgebreiteten Vorkommen des Kartoffelbacillus hat die Thatsache, dass derselbe gelegentlich als Brotverderber auftreten kann, nichts Ueberraschendes an sich. Gleichwohl ist dazu das Zusammentreffen mehrerer Bedingungen erforderlich. Erstlich muss das Brot einen gewissen Wassergehalt besitzen, grössere Porosität des Brotes, sowie insbesondere leichte Durchgängigkeit der Rinde für Luft scheint der Entwicklung des Bacillus förderlich zu sein. Die Grösse der Brote ist insoferne von Bedeutung, als im Innern grosser Brote beim Backen die Temperatur nicht immer eine solche Höhe erreichen dürfte, um die etwa im Teige befindlichen Sporen dieses Bacillus zu tödten. Im Grahambrote, welches nur bei gelinder Hitze gebacken wird, könnten aus diesem Grunde etwa vorhandene Sporen leichter lebensfähig bleiben und durch Auskeimen eine Verderbniss desselben herbeiführen. Von hervorragender Wichtigkeit ist die Reaction des Brotes, beziehungsweise des Teiges, aus welchem das Brot hergestellt wird. Auf stark saurem Brote gedeiht der Bacillus nicht, auf solchem von schwach alkalischer Reaction ausgezeichnet. Brot, bei dessen Bereitung Sauerteig oder Hefe als Lockerungsmittel gedient haben, bietet dem Wachsthum des Bacillus von vornherein ungünstigere Bedingungen als Brot, bei welchem andere, insbesondere alkalische Lockerungspräparate im Ueberschusse verwendet wurden. Dass Beimischung von Kartoffelmehl zum Brotmehle die genannte Brotkrankheit herbeizuführen geeignet ist, versteht sich von selbst. Das chemische Studium der eigenthümlichen Veränderungen, welche der Kartoffelbacillus in von ihm befallener Brotmasse bewirkt, behalten sich die Verfasser vor. —r.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

955. *Klinische Studie über die penetrirenden Bauchschüsse.*

*Von Dr. **Charvot**, Stabsarzt I. Classe und Professor in Val de Grâce.*

(Revue de chirurgie. 1889. 6.)

*Referirt von Dr. **Hans Baaz**, Operateur in Graz.*

Der Chirurg befindet sich gegenüber einem Falle von penetrirendem Schusse in's Abdomen in einer sehr schwierigen Situation. In einem solchen Falle ist auch fast stets das Intestinum verletzt. Was ist da zu thun? — Soll man auf die Heilkraft der Natur sich verlassen, oder beim ersten Zeichen der Peritonitis operiren, oder aber sofort die Laparotomie machen? — Die Vertheidiger der ersten Behandlungsart haben heutzutage keinen Anhang mehr. Wenn trotzdem noch Einzelne bei den nicht so seltenen Bauchschussverletzungen auch heute noch sich nicht zu einem so bedeutenden und schwierigen Eingriffe, wie es die Laparotomie ist, entschliessen können, so muss man berücksichtigen, dass zu dieser Operation ein entsprechender Apparat und gut geschulte Assistenz nöthig ist, die aber häufig fehlt. Die Lehre von dem sofortigen operativen Eingreifen bei Bauchschüssen, die heute



von den französischen Militärärzten allgemein als richtig anerkannt ist, wird auch in England und Amerika als die allein richtige angesehen. Allein trotzdem ist der Streit hierüber noch nicht beendet und vermag nur eine reichliche und genaue Casuistik hierüber die Entscheidung zu bringen, zu der jeder Kliniker das Seinige beitragen muss, indem er mit Hintansetzung aller Eigenliebe jeden Fall, welchen Ausgang derselbe auch genommen habe, veröffentlicht. Aus diesem Grunde publicirt auch *Charvot* drei ihm in den letzten 2 Jahren zur Beobachtung gekommene Fälle.

Der 1. Fall betraf einen Araber vom 4. Schützenregiment in Tunis, der sich in selbstmörderischer Absicht mit seinem Gras-Gewehre einen Schuss in den Unterleib beigebracht hatte. Die Kugel war in die Magenwand unterhalb der falschen Rippen eingedrungen, hatte das linke Hypochondrium gequert, das Colon descendens verletzt und die Crista ilei gestreift. Keine localen oder allgemeinen Zufälle. Im Verlaufe der Heilung wandelte sich die Kugelaustrittswunde in eine weite klaffende Kothfistel um, in deren Grund einige Knochensplitter sich befanden und entfernt wurden. Die Wunden des Intestinums vernarbten und es kam zur völligen Heilung.

Der 2. Fall betraf einen Cavalleristen, der aus nächster Nähe einen Revolverschuss in den Unterleib erhalten hatte. Die Kugel war in der linken Weiche eingedrungen und war rückwärts unter der Haut oberhalb des hinteren oberen Darmbeinstachels sitzen geblieben. Exspectative Behandlung. Tod dreissig Stunden nach der Verletzung. Die Obduction ergab zwei Perforationen des Dünndarmes, davon eine sehr breit, ein Loch im Colon transversum und die Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis.

Im 3. Falle handelte es sich um einen Kanonier, dem eine Gewehrladung explodirt war. Der Pfropfen war dem Manne in den Bauch gedrungen, unterhalb und rechts vom Nabel. Fünf Stunden später wurde von *Charvot* die Laparotomie gemacht und dabei ein 25 Cm. langes Dünndarmstück resecirt, das an vier Stellen durchbohrt war und im dazugehörigen Stücke des Mesenteriums noch ein fünftes Loch aufwies. Die beiden Darmenden wurden durch 15 *Lambert*'sche Nähte vereinigt. Der durch die Peritonealflüssigkeit erweichte Pfropfen wurde entfernt. Tod 26 Stunden nach der Operation. Bei der Autopsie fand man weder Peritonitis, noch andere viscerale Verletzungen. Die Darmnaht hatte gut gehalten.

Diese 3 Fälle macht *Charvot* zur Basis seiner Studie über Diagnose und Prognose der Unterleibsschusswunden. Er bemerkt dabei, dass er mit *Trelat*, *Chauvel*, *Terrier* und vielen anderen französischen Chirurgen überzeugt sei, dass eine in das Abdomen eindringende Kugel das Intestinalrohr durchbohren muss und dass jede solche Verletzung des dünnen Gedärmes fast immer tödtlich sei. Er ist daher der Anschauung, in solchen Fällen mit der Laparotomie nicht zu zaudern.

Man muss aber mit grosser Genauigkeit die Diagnose zu stellen trachten. Leider ist es immer sehr schwer, oft unmöglich. Die Kugeln unserer heutigen Schusswaffen durchbohren die Organe fast in einer mathematisch geraden Linie. Man kann daher aus



der Betrachtung der Lage der Eintritt- und Austrittsöffnung mit Zuhilfenahme der Anatomie auf die verletzten Organe schliessen.

Eine Passage der Kugel durch den Bauchraum ohne Verletzung der Eingeweide gehört zu den wissenschaftlichen Curiositäten und mit solchen darf der Kliniker nicht rechnen. Die Erfahrungen und zahlreiche Thierversuche haben gezeigt, dass das Projectil fast immer an mehreren Stellen das Intestinalrohr durchbohrt. So hat man bis 28 Perforationen gefunden. Im Mittel 4—5 Durchbohrungen. Findet man keine Austrittsöffnung, so ist aber die Diagnose der Perforation, wie im Falle III, sehr schwierig. *Charvot* versteht nicht, warum man in solchem Falle nicht sondiren solle. Eine vorsichtige, mit allen Regeln der Antiseptik ausgeführte Untersuchung kann ja keinen Schaden bringen; anderseits hängt ja das Leben des Blessirten und das Handeln des Arztes von dem Befunde ab.

Die Amerikaner machen in solchen schwierigen Fällen die Laparotomie in der Linea mediana, die, im Falle der Schuss nicht penetrirend war, rein explorativer Art ist. Solche explorative Eröffnungen der Bauchhöhle bieten ja heutzutage keine grossen Schwierigkeiten mehr dar und sind ja auch von keiner so grossen Gefahr, wie ja die Gynäkologen es oft erproben.

Von diagnostischer Bedeutung für Darmperforation sind Aufgetriebensein und Tympanitis des Abdomens, ferner anhaltendes Erbrechen. Diese Symptome können aber oft fehlen. Ist Blut oder Galle im Erbrochenen, so ist eine Perforation fast sicher. Nach 24 Stunden eintretendes Erbrechen zeigt beginnende Peritonitis an. Wird das Erbrochene fäcal, so ist es zum Handeln schon zu spät. Ein seltenes, aber sicheres Zeichen der Darmperforation sind blutige Stühle. *Charvot* kommt zum Schlusse, dass der Chirurg in solchen Fällen von penetrirenden Schusswunden des Abdomens sich nicht auf die Heilkraft der Natur verlassen darf, sondern sofort die Laparotomie machen, das Projectil und etwa ausgetretene Darmcontenta entfernen soll, die Quelle einer Hämorrhagie aufsuchen und verschliessen und die Darmperforationen nähen soll. Die Schwierigkeiten und Gefahren eines chirurgischen Eingriffes dürfen den Chirurgen nicht davon abhalten, denn das Sichselbstüberlassen einer solchen Verletzung ist noch gefährlicher und bedeutet den fast sicheren Tod des Verletzten. Die Statistik lehrt uns folgendes: *Chauvel* hat seit 1880 41 Laparotomien wegen penetrirender Schussverletzungen des Abdomens mit Verletzung der Eingeweide gemacht. Darunter hatte er nun 12 Heilungen und 29 Todesfälle, also fast ein Erfolg auf 3 Fälle. Die letzten Statistiken des Auslandes sind noch günstiger. Darum nicht zögern mit der Operation; je früher, desto günstigere Aussichten.

Literatur.

956. ***Die Urämie.*** *Von Dr. L. Landois, geheim. Medicinal-Rath, o. ö. Professor der Physiologie und Director des physiolog. Instituts der Universität Greifswald. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1890. 8°. 164 S.*

In der vorliegenden Monographie schildert Verf. die Versuche, welche er zur Erforschung des Wesens der urämischen Erscheinungen



durchführte und welche zu dem Resultate führten, dass das Wesen der Urämie in einer toxischen Einwirkung von solchen Substanzen auf das Gehirn bestehe, welche normaler Weise durch den Urin entleert werden sollten, u. zw. der sogenannten Extractivstoffe und der Salze. Diese Stoffe, mit dem centralen Nervensystem in inniger Berührung, erzeugen in demselben einen anhaltenden Reiz, in Folge dessen sich in dem Gehirn ein Zustand ausbildet, welchen *Landois* als „eclamptische Erregbarkeitsstufe" bezeichnet. Bei diesem Zustande des Gehirns kommt es durch die Summation der anhaltenden, an sich zu schwachen chemischen Reize zu einem Ausbruch klonischer oder klonisch-tonischer Convulsionen. Als Angriff- und Ursprungsherd der Krampferscheinungen erscheinen nach den Versuchen von *Landois* die psychomotorischen Centren der Grosshirnrinde, an die Erregung dieser können sich noch Krämpfe anschliessen, welche in tieferen Regionen des Gehirns, nämlich im Pons und in der Medulla oblongata, ausgelöst werden. Den Beweis für diese Erklärung des urämischen Symptomencomplexes erbrachte *Landois* dadurch, dass es ihm gelang, durch Auftragung der in Rede stehenden Stoffe auf die psychomotorischen Centra der Grosshirnrinde, bei Hunden vollkommen ausgeprägte Krampfanfälle hervorzurufen. Die hervorragende klinische Wichtigkeit des hier behandelten Symptomencomplexes hat Verf. besonders im siebenten Capitel, „Klinisches Bild der urämischen Convulsionen und ihre physiologische Erklärung", eingehend berücksichtigt. Ausserdem liefert die Monographie einen inhaltsreichen Beitrag zur Physiologie der von der Grosshirnrinde und von den subcorticalen Centren ausgelösten Krampfbewegungen. Das achte Capitel enthält die Analyse der sonstigen corticalen Erscheinungen des urämischen Zustandes: 1. Alterationen in der Bewegungssphäre (der motorische Drang, Zwangsbewegungen, corticale Chorea, Paralysen und Paresen); 2. Das Coma, die psychische Sphäre; 3. Reizungen und Lähmungen der psychosensoriellen Rindencentra. Im nächsten Capitel, „Viscerale Erscheinungen", werden die Erscheinungen am Athmungsapparate, ferner am Circulationsapparate, die Körpertemperatur, schliesslich Speichelfluss, Erbrechen, Koth- und Harnentleerung auf Grundlage der experimentellen Untersuchungen des Verfassers erörtert. In dem Schlusswort entwirft Verf. den Plan zur nun noch ausstehenden umfassenden Lösung der Frage nach den Einzelerscheinungen der Urämie. Die Ausstattung der Monographie ist eine vorzügliche. *Loebisch.*

957. ***Klinische Beiträge zur Chirurgie der Pleura und der Lunge.*** *Von Prof. **Hofmokl**. (Klin. Zeit- und Streitfragen. 1889. H. 6.)*

Verf. gehört zu den wenigen Chirurgen, welche dem Capitel der chirurgischen Behandlung der Erkrankungen der Pleura seit lange grössere Beachtung schenken und über dasselbe grosse Erfahrungen besitzen. *Hofmokl* berichtet diesmal über 60 von ihm beobachtete Fälle von Pyothorax unter Anführung kurzer Krankengeschichten. Hoffentlich werden durch diese Publication auch weitere ärztliche Kreise angeregt werden, dem Gegenstande mehr Aufmerksamkeit zu schenken. In operativer Beziehung steht *Hofmokl* noch ganz auf dem bereits im Jahre 1883 eingenommenen Standpunkte. *Rochelt.*

958. ***Der Irrsinn im Kindesalter.*** *Von Dr. **Paul Moreau**. Autorisirte deutsche Uebersetzung von Dr. **D. Galatti** in Wien. Stuttgart, Enke, 1889.*

Das ärztliche Publicum mag es mit Recht dem Uebersetzer zu Dank wissen, das so grosses Aufsehen machende Werk des gefeierten

französischen Autors in wirklich trefflicher Form der deutschen Lesewelt näher gerückt zu haben. Hat doch noch vor Kurzem die Ansicht, dass schon im zarten Kindesalter wirklicher Irrsinn auftreten könne, viel mehr Gegner als Anhänger gezählt und wird auch jetzt noch mit Vorliebe von Hysterie und Nervosität bei Kindern gesprochen, wenn dieselben Symptome, bei Erwachsenen beobachtet, auch ohneweiters die Diagnose auf Irrsinn zu stellen gestatteten. Es wird da wohl, wie bei so manch anderer neuen Lehre, der erdrückenden Ueberzeugungskraft einer stets reicher und genauer werdenden Casuistik bedürfen, um diese schwer zu bewältigenden theoretischen Zweifel zu beheben. Hierzu ist nun *Moreau's* Werk in erster Reihe berufen, denn die vom Verf. vertretenen Ansichten und Lehren, als deren Mitbegründer er zum Theile anzusehen ist, werden durch eine so reiche Casuistik von einschlägigen, zum grossen Theile eigenen Fällen unterstützt und erläutert, dass dadurch so mancher Zweifler zum Gläubigen werden dürfte. Allerdings scheint es dem Referenten doch auch ein wenig, als ob der Verf. im Uebereifer seiner schönen und erfolggekrönten Studien hier und da ein Kind für irrsinnig zu erklären geneigt wäre, wo vielleicht ganz andere somatische oder sociale Factoren vorlagen, die Psyche aber ganz gut intact gewesen sein kann. Der Inhalt zerfällt ausser einer historischen Einleitung wesentlich in drei Theile, deren erster sich mit der Aetiologie der Erkrankung befasst. Hier werden hauptsächlich zweierlei Ursachen unterschieden, u. zw. psychische (allgemeine und besondere) und physische (allgemeine und individuelle). Im Grossen und Ganzen weicht mutatis mutandis die Aetiologie nicht wesentlich von derjenigen ab, welche auch bei Erwachsenen als zum Irrsinn führend bezeichnet wird. Dem Referenten scheint der Verf. auf Erblichkeit und anomale Schädelbildung nicht genug Werth zu legen, was der erstere hier nur als persönliche Ansicht erwähnen will, ohne dem gelehrten Verf. daraus einen Vorwurf zu machen. Der die Untersuchung der Irrsinnsformen behandelnde zweite Theil unterscheidet rein nervöse und rein psychische Formen. Zu den ersten gehört merkwürdiger Weise auch das Gähnen und Schluchzen (Singultus). Die rein psychischen Formen unterscheidet Verf. in Zustände psychischer Exaltation, psychischer Depression und psychischer Schwäche. Hier enthält das die Exaltation besprechende Capitel viel Merkwürdiges und Interessantes, um nicht zu sagen Unerwartetes. Ein besonderes, vorwiegend historisch gehaltenes Capitel ist den psychischen Epidemien gewidmet; ein anderes handelt von den sogenannten Wunderkindern, d. h. solchen Kindern, bei denen die vorzeitige Entwicklung der Talente — sollte richtiger heissen, eines oder mehrerer Talente (Anm. d. Ref.) — zu einer phänomenalen Höhe gelangt. Diese Kinder sterben entweder frühzeitig an Erschöpfung oder altern ungemein rasch. In seltenen Fällen setzen sie aber das so glänzend begonnene Dasein bis in ein hohes Lebensalter fort. Der dritte Haupttheil ist der rein praktische zu nennen und handelt von der Diagnose, Prognose (bei ausgesprochen hereditärer Belastung fast absolut ungünstig), von Schlüssen in forensischer Beziehung und endlich von Therapie und Schutzmassregeln. Ohne näher in die Einzelheiten des hier ganz kurz skizzirten Inhaltes eingehen zu können, betont Referent nochmals, dass das Werk *Moreau's* mehr weniger epochemachend genannt werden kann, denn es mitbegründet eine Lehre, deren weiterer Ausbau für die Erziehung des Kindes und somit der künftigen Generationen von enorm weitgehendem Einflusse sein wird und muss. So manches schwer belastete Kind wird bei rechtzeitiger Erkennung und Schätzung seines ererbten Leidens der



Nacht des Geistes noch bei Zeiten entrissen werden können, manch jugendlicher Verbrecher dem Arzte und nicht dem Strafrichter zugeführt werden können. Das sehr gut ausgestattete, 362 Seiten starke Buch verdient es in hohem Masse, Gemeingut aller Aerzte, nicht blos der Irren- und Familienärzte zu werden. *v. Buschman.*

959 ***Führer durch die Privatheilanstalten Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz.*** *Von Dr.* ***P. Berger.*** *Berlin, Steinitz, 1889—1890.*

Die beiden, auf dem zweiten Titelblatte angebrachten Bemerkungen „mit ausführlicher Darstellung der modernen Behandlungsmethoden“ und „zum Handgebrauch für Aerzte und Laien“ genügen eigentlich, um Zweck und Inhalt des Buches zu kennzeichnen. Das Buch hält aber auch in der That, was der Titel verspricht, und ist ein recht verlässlicher Führer durch die deutschen Privatheilanstalten; die Schweiz ist etwas stiefmütterlicher behandelt, Oesterreich findet nur ganz nebenher Erwähnung. Was die Eintheilung des Stoffes betrifft, so handelt der erste Abschnitt über die diätetischen Heilanstalten, der zweite über die physikalisch-mechanischen Heilstätten, der dritte über die Wasserheilanstalten, der vierte über Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke, der fünfte über allgemeine Heilanstalten, der sechste endlich bespricht die Special-Heilanstalten u. zw.: *a)* für Lungenkranke, *b)* für Haut- und Geschlechtskranke, *c)* für Augen-, *d)* für Ohren-, Nasen und Halskranke, *e)* chirurg.-gynäcol. Privatkliniken, *f)* für Kinder, und *g)* Sprachheilanstalten. Ein Namenregister erleichtert den Gebrauch des recht zweckmässigen Buches, welches dem Praktiker manch guten Rath und wichtigen Aufschluss zu geben im Stande sein dürfte. *v. Buschman.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

960. ***Ueber das Verhältniss der Scrophulose zur Tuberculose.*** *Von Dr.* ***W. Wyssokowitsch.*** *Vortrag, gehalten am 3. Congress russischer Aerzte zu St. Petersburg. (Bericht der St. Petersb. med. Wochenschr. 1889.)*

Beim Studium der Literatur dieser Frage ergebe es sich, dass die Ansichten über die Zugehörigkeit der Scrophulose zur Tuberculose schon seit langer Zeit, seit Ende des 17. Jahrhunderts, laut zu werden begannen. Obgleich auch die letzten Arbeiten zu der Anschauung hinneigten, dass dem Ursprunge der Scrophulose dasselbe Contagium zu Grunde liege, wie der Tuberculose, so seien doch Einige geneigt, einen Unterschied in dem Grade der Giftigkeit der Infection zu sehen. Da seit der Entdeckung der specifischen Bacillen durch *Koch* nur sehr wenige Untersuchungen scrophulöser Erkrankungen angestellt seien, so schien es dem Referenten äusserst wichtig, die Natur dieser Erkrankung näher zu bestimmen. Von Prof. *Fischer* in Breslau erhielt er frisch ausgeschnittene Lymphdrüsen, und konnte er ausser histologischen Untersuchungen auch Infectionsversuche an Thieren (Kaninchen und Meerschweinchen) mit dem Safte aus den Drüsen anstellen. Obgleich er nur 7 Fälle untersucht hat, so entschloss er sich dennoch im Hinblick auf die Schwierigkeit, ähnliches Material zu erlangen, die erreichten Resultate zu beschreiben, indem er die Collegen auffordert, nach Möglichkeit zur Untersuchung dieser wichtigen Frage geeignete Fälle nicht unbenutzt zu lassen.

2 Fälle betrafen scrophulöse Anschwellungen der Submaxillardrüsen mit käsiger Degeneration, jedoch ohne Zerstörung der Hautdecken, bei einem 6jährigen Knaben und einem 19jährigen Mädchen. Die mikroskopische Untersuchung ergab deutliche Tuberkel mit Riesenzellen und sehr wenige, obgleich unzweifelhaft constatirte Tuberkelbacillen. Die in's Auge und in's Blut geimpften Kaninchen wurden nach 80 Tagen, die unter die Haut und in die Bauchhöhle geimpften Meerschweinchen nach 42 Tagen getödtet; bei allen Thieren fand sich tuberculöse Erkrankung, aber bedeutend schwächer entwickelt, als es nach Impfungen mit tuberculösem Sputum der Fall ist.

2 Fälle von einem je 28jährigen Manne und Weibe betrafen vergrösserte Drüsen mit Hautfisteln. Starke käsige Degeneration, Tuberkeln und wiederum in geringer Menge Bacillen. Impfresultat nach 80 Tagen ergab bei allen Thieren eine freilich wiederum verzögerte Ausbildung der tuberculösen Erkrankung.

1 Fall von nicht lange bestehender secundärer Erkrankung der Inguinaldrüsen nach Caries der Fusswurzelknochen. Hochgradiges Drüsenpacket, Fisteln. Die Drüsen sind nicht käsig degenerirt, enthalten jedoch eine Masse Tuberkeln, eine grosse Menge Riesenzellen, aber Tuberkelbacillen noch weniger, als in den früheren Fällen. Das Impfresultat war eine etwas deutlicher ausgeprägte tuberculöse Erkrankung.

1 Fall von hühnereigrosser Anschwellung der Submaxillardrüsen bei einem 9jährigen Knaben ohne käsige Degeneration, ohne Tuberkeln und Tuberkelbacillen ergab ein völlig negatives Impfresultat.

1 Fall von acuter Lymphadenitis und Vereiterung der Submaxillardrüse bei einem halbjährigen Kinde nach Eczem. Im Eiter (mikroskopisch und durch Culturen) nur der Eiter-Kettencoccus nachgewiesen. Die Impfung eines Meerschweinchens ergab gleichfalls ein negatives Resultat. — Durch seine Untersuchungen im Zusammenhange mit den vorausgegangenen Arbeiten erachtet Referent es als erwiesen, dass die Vergrösserungen der Lymphdrüsen scrophulösen Charakters unzweifelhaft tuberculösen Ursprunges seien. Sie werden durch dieselben *Koch*'schen Tuberkelbacillen hervorgerufen. Die geringe Menge der in den scrophulösen Drüsen entdeckten Stäbchen spreche nicht im Geringsten gegen ihre Bedeutung als die Krankheitserreger, um so weniger, als sie auch bei der echten acuten Tuberculose der Lymphdrüsen nicht immer in grosser Menge beobachtet würden (Fall 5). Die sehr wahrscheinliche Voraussetzung, dass die Stäbchen bei langdauerndem Aufenthalte in der Drüse in ihrer Infectiosität erschlaffen und in Folge dessen bei Impfungen eine verzögerte Ausbildung der Tuberculose bewirken, — erfordert eine weitere Bestätigung an einer grösseren Zahl von Untersuchungen und eine vorhergehende Aufklärung über die Frage, welche Bedeutung überhaupt die Quantität der einem Thiere eingeimpften Bacillen auf die Entwicklung der Tuberculose bei demselben besitzt.

Discussion: *E. E. Iwanow* bemerkt, dass die Bezeichnung Scrophulosis einen terminologischen Anachronismus darstelle. Im Besitze eines grossen Krankenmateriales (gegen 2000 stationäre Kranke), kenne er keinen Fall, wo die klinische Beobachtung ihn gezwungen hätte, die Diagnose auf Scrophulose zu stellen, und wo es nicht gleichzeitig e veritate möglich gewesen wäre, Tuberculose zu diagnosticiren.

Privatdocent *A. D. Pawlowski* weist darauf hin, dass die Mittheilung des Referenten den Ideen über das Wesen und die Verschiedenheit des tuberculösen und scropulösen Giftes entsprächen, welche unlängst

von *Arloing* ausgesprochen seien. Die Sache sei die, dass *Koch* die Scrophulose (Drüsentuberculose) für identisch mit der allgemeinen Tuberculose halte, während *Arloing* durch Parallelimpfungen bewiesen hätte, dass das scrophulöse Gift nur für Meerschweinchen virulent sei, aber nicht für Kaninchen, während das tuberculöse Gift für beide virulent ist. Indem er das primäre Gift durch den Körper von Meerschweinchen durchgehen liess, war *Arloing* bestrebt, dessen Virulenz zu erhöhen, — dieses gelang ihm nicht mit dem scrophulösen Gifte, während die Virulenz des von chirurgischer Tuberculose stammenden Giftes bei 2maliger Durchführung durch den Organismus eines Meerschweinchens sich bis zur Virulenz des Giftes einer allgemeinen Tuberculose steigerte. Daher müsse im Hinblick auf die klinischen Daten über die verschiedene Dauer des Verlaufes der Drüsen-, Gelenk- und Lungentuberculose, sowie über die blos begrenzte Localisation der beiden ersten Infectionen und im Hinblick auf die von *Arloing* beigebrachten Daten jetzt die Ansicht *Koch*'s über die Identität des Tuberkelbacillus bei allen Infectionen einer kritischen Beurtheilung und experimentellen Controle unterzogen werden. *Pawlowski* selbst hat bei der Untersuchung exstirpirter scrophulöser Drüsen auf Bacillen, ebenso wie Referent, dieselben in einem Falle nicht gefunden, während die Impfung eines Meerschweinchens in's Kniegelenk eine miliare tuberculöse Synovitis ohne allgemeine Generalisation ergab. Die von ihm in Gelenke eingeimpften Reinculturen ergaben intensive locale Tuberculose mit Affection der Lymphdrüsen und bisweilen Generalisation. Hierdurch werde die Ansicht bestätigt, dass das tuberculöse Gift sich in den Drüsen bisweilen in Form von Sporen und dabei in geringen Mengen befinde, worauf der Befund einer ausgestreuten (miliaren) Tuberculose im Gelenke nach Impfung hinweise. Das positive Resultat der Impfungen bestätige noch einmal den Ausspruch *Pasteur's*: „Wenn man keine Mikroben findet, so ist das noch kein Beweis, dass dieselben nicht vorhanden sind." Referent hätte an Kaninchen und Meerschweinchen experimentirt, indessen könnten die von ihm bei Verimpfung scrophulösen Giftes auf Kaninchen erhaltenen negativen Resultate bei den Thesen nicht in Anrechnung gebracht werden im Hinblick auf die von *Arloing* constatirte Immunität dieser Thiere gegenüber dem scrophulösen Gifte. Den langsamen Verlauf der Generalisation der Tuberculose bei einigen Fällen könne man im Hinblicke darauf, dass Referent die Impfungen unter die Haut der Thiere angestellt habe, durch den Ort der Impfung und durch die Isolirsysteme erklären, welche diejenigen Lymphdrüsen darstellen, welche sich im Organismus auf dem Wege der Infection befanden. Wie wichtig der Infectionsort sei, sei aus seinen *(Pawlowski's)* Versuchen ersichtlich, wo ein und dieselbe tuberculöse Reincultur bei Injection in's Blut das Thier in 18—19 Tagen an allgemeiner Tuberculose tödtete, während bei Injection in's Gelenk der Tod der Thiere nach $2^1/_2$ Monaten eintrat und dabei sehr oft nur in Folge eines localen Processes ohne Generalisation.

Wyssokowitsch schloss die Discussion mit der Bemerkung, dass er selbst die Verzögerung in der Entwicklung der Impftuberculose beobachtet habe, aber die Frage von der Abschwächung des Giftes noch nicht für gelöst halte. Es sei am ehesten möglich, dass die Bacillen, da sie in den Lymphdrüsen keine günstigen Bedingungen für ihre Entwicklung vorfinden, sich nur langsam vermehrend, im Kampfe mit dem Organismus in ihren virulenten Eigenschaften erschlaffen. Da er in seinem 6. Falle weder Tuberkel, noch käsige Degeneration oder Bacillen gefunden und nach der Thierimpfung nicht einmal eine Andeutung auf eine



locale Tuberculose erhalten hätte, so halte er seine Schlussfolgerung für berechtigt.

Kleine Mittheilungen.

961. ***Zur Pathologie und Therapie des Eczems im Kindesalter.*** *Von Dr. E. Schiff. (Wien. med. Wochenschr. 1889. 12—15. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 36.)*

Unter 1017 hautkranken Kindern waren 449 mit Eczem behaftet und hiervon fiel der grösste Procentsatz auf das erste, resp. zweite Lebensjahr. Die Disposition zu dieser Erkrankung ist nach *Schiff* für die kindliche Haut in ihrem Bau und in ihrer physiologischen Function gegeben. Es kommen hierbei 4 Momente in Betracht: 1. die dünne Epidermis; 2. die oberflächliche Lage des Papillarkörpers und seines Gefässnetzes; 3. der im Vergleiche zur Haut des Erwachsenen stärkere Turgor; 4. die habituelle Hypersecretion der Hautdrüsen des Kindes.

962. ***Einen Fall von Santoninvergiftung mit tödtlichem Ausgang*** beobachtete *Fliesburg* (Northwestern Lancet. 1888. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 23) bei einem 2jährigen, schwächlichen Mädchen, welches irrthümlicher Weise im Laufe von 3 Stunden 0·9 Santonin in Plätzchen erhalten hatte. Gleich nach der letzten Dosis traten heftige Convulsionen auf: nach 2 Stunden fand *Fliesburg* fortwährende Krämpfe in den Extremitäten, Tremor des ganzen Körpers, Strabismus convergens, dilatirte Pupillen, beschleunigte Respiration, frequenten und schwachen Puls, Cyanose des Gesichtes und Körpers, kalten Schweiss, starke Tympanitis, Anurie und Unfähigkeit sich zu bewegen oder zu sprechen. Trotz der therapeutischen Massnahmen (alkoholische und andere Reizmittel, Einwicklung in feuchtwarme Tücher) starb das Kind 17 Stunden nach Auftreten der Convulsionen.

963. ***Viburnum prunifolium bei falschen Wehen.*** *Von L. Hinton. (Therap. Gazette. 1889. 6. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 34.)*

Während seiner 33jährigen Praxis hat *Hinton* die Tinctura Viburni prunifolii mit stetem Erfolge zur Bekämpfung falscher Wehen benutzt. Er stellt sich die Tinctur aus der grünen Wurzel selbst dar und verbraucht etwa 5 Gallonen jährlich. Auch während des Geburtsactes gibt er die Tinctur; die ersten Wehen werden, seiner Erfahrung nach, in ihrer Energie nicht beeinträchtigt. Blutungen post partum, sowie schmerzhafte Nachwehen fehlten nach dem Gebrauch des Mittels constant.

964. ***Sublimatexanthem nach Einspritzungen in den Zahn.*** *Von Dr. Klamann. (Allg. med. Central-Zeitg. 1889. 69.)*

Einem jungen Mädchen wurden von einem Dentisten Injectionen von Sublimatlösung 1 : 1000 in einen Zahn behufs Desinfection gemacht. Zuerst wurden in jeder Sitzung 10 Spritzen, später 5, 2mal täglich, fast 3 Wochen lang gemacht (Aussage der Dame). 2 Wochen nach dem Aufhören der Injectionen traten auf der Haut des Gesichtes, des Halses und der Stirn, nicht auf den behaarten Kopftheilen, äusserst stark juckende und nach dem Reiben brennende rothe Papeln auf, welche das Gesicht sehr entstellten. Gegen diesen Ausschlag wurde Jodkalium verordnet, das Gesicht mit Ichthyolseife gewaschen und mit Crême eingerieben. Es trat allmälig unter Abschuppung Besserung ein, aber nur ganz allmälig. Es dauerte Monate, ehe die Haut wieder normal wurde.

965. ***Ueber Eau de Cologne als spirituöses Getränk.*** Die rapide Zunahme des Eau de Cologne-Consums, besonders in den Grossstädten, hat in neuester Zeit die Aufmerksamkeit der Mässigkeitsfreunde auf sich gezogen. Es sind namentlich Damen besserer Stände, die jenes alkoholreiche Parfum, das aus rectificirtem Spiritus mit mannigfachen, aber minimalen Zusätzen ätherischer Oele besteht, als Stimulus benutzen. Sie fangen meistens mit einigen Tropfen an, die sie bei „Anwandlung von Schwäche" etc. zu nehmen pflegen, und steigen allmälig mit der Dosis, bis sie als zweifellose Potatoren zu betrachten sind. Derartige Personen sollen übrigens durch eine unvorsichtige Verordnung von Morphium, Cocaïn, Chloral etc. sehr leicht diesen Giften in die Arme getrieben werden, wie andererseits Morphinisten etc. nicht selten nebenbei Eau de Cologne trinken, um sich ohne gleichzeitige Steigerung der Morphiumdose in höherem



Masse zu stimuliren. Nimmt man bei einem Morphinisten oder Alkoholisten in der Abgewöhnungszeit oder später einen irgendwie auffälligen Consum von Eau de Cologne wahr, so kann man ganz sicher sein, dass dieses Parfum hauptsächlich seines Alkoholgehaltes wegen verwendet wird. Der „Eau de Cologne-Alkoholismus" gleicht dem gewöhnlichen Krankheitsbilde, doch sollen die Ernährungsstörungen schwerer, Schlaflosigkeit und Delirium tremens noch häufiger als bei letzterem sein, besonders wenn, wie in den Vereinigten Staaten, sehr unreiner Alkohol zur Fabrication verwendet wird. (Quarterly Journal of Inebriety. 1889, XI, pag. 271. — Neurolog. Centralbl. 1889. 17.)

966. ***Zur Behandlung abnormer Gebilde der Epidermis, der Schwielen und Hühneraugen, sowie der Warzen.*** *Von* **Roesen.** *(Münchn. med. Wochenschr. 1888. — Wr. med. Wochenschr. 1889. 34.)*

Verf. empfiehlt zur Entfernung von Schwielen und Warzen, dieselben zunächst mit einer antiseptischen Lösung zu befeuchten und hierauf mit einer 4 bis 5 Mm. dicken Lage reiner krystallisirter Salicylsäure zu bedecken. Hierauf kommt eine vierfache Lage feuchten Borlints und Guttaperchapapier. Nach 4—5, bei härteren Gebilden bis zu 16 Tagen wird der Verband abgenommen und löst sich nun das Gebilde leicht, ohne Blutung oder Schmerz von seiner Grundlage ab.

967. ***Zahnschmerzbalsam:***

Rp. *Extr. Opii*
Camph. trit.
Balsam. Peruv.
aa. 0·5
Masticis *1·0*
Chloroform. *10·0*

Mit dieser Lösung befeuchtete Watte in die Zahnhöhle zu legen.

(Therap. Monatsh. 1889. 8.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Klinisches Recept-Taschenbuch für praktische Aerzte. Sammlung der an den Wiener Kliniken gebräuchlichen und bewährtesten Heilformeln. XI., vollständig umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1889.

Landerer, Dr. Albert, Docent der Chirurgie an der Universität Leipzig. Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie. In 40 Vorlesungen für Aerzte und Studirende. II. Hälfte. Mit zahlreichen Abbildungen in Holzschnitt. Wien und Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1890.

Landois, Dr. L., geh. Medicinalrath, o. ö. Prof. der Physiologie und Director des physiolog. Institutes der Univers. Greifswald. Die Uraemie. Wien und Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1890.

Uffelmann, Dr. J., Professor und Vorstand des hygienischen Institutes an der k. k. Universität in Rostock. Handbuch der Hygiene. Mit zahlreichen Holzschnitten. II. Hälfte. Wien und Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1890.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

968. ***Ein Fall von Diabetes insipidus.*** *Von Dr.* ***Westphal,*** *Assistent der Heidelberger Klinik. (Berliner klin. Wochenschr. 1889. 35.)*

Bei Diabetes insipidus frägt es sich, ob diese Krankheit primär Polyurie ist, d. h. ob eine Anomalie des Secretionsapparates zu Grunde liegt oder ob Polydipsie eine Anomalie des Allgemeinbefindens ist. Nach *Külz* besteht bei der letzteren Schweissabsonderung, ferner muss nach *Buttersack*, welcher eingehend diese Frage erörterte, die in 24 Stunden entleerte Urinmenge stets geringer sein, als die zugeführte Flüssigkeit. Es muss ausserdem bei Sistirung der Flüssigkeitszufuhr die Flüssigkeitsausscheidung alsbald wie bei einem Gesunden sich verhalten. Dies zu eruiren wurde bei einer 32jährigen Frau unternommen. Patientin war bis zu ihrer October 1888 erfolgten 10. Entbindung gesund; von da an entwickelte sich Durstgefühl, welches hoch anstieg bis zum Bedürfniss von 6 Liter Wasser täglich, ohne das Durstgefühl zu löschen, dabei ist Patientin müde, die Haut ist welk, trocken, ebenso die Zunge, Puls 60 in der Minute. Urin 1·005 spec. Gew., ohne Eiweiss und Zucker, die Ausscheidung 1 bis $1^1/_2$ Liter geringer als die Zufuhr. — Es wurde ein 24stündiger Durstversuch, genau nach *Buttersack*, ausgeführt; mit der Patientin durstete eine sonst gesunde Chlorotische. Es ergab sich bei völligem Fehlen des Schweisses, dass bei Verminderung der Zufuhr die Harnsecretion sogleich geringer wurde und gänzlich aufhörte bei Sistirung der Zufuhr. Ferner fand die Urinausscheidung immer relativ kurze Zeit nach der Flüssigkeitsaufnahme statt, es entstand bei der Gesammtausscheidung ein Typus einer gewissen Unregelmässigkeit. Es handelte sich also hier um primäre Polydipsie. Hätte eine Polyurie vorgelegen, so hätte Patientin noch längere Zeit hindurch reichliche Urinmengen entleert und die Urinentleerung wäre bei Sistirung der Flüssigkeit nicht sofort auf Null heruntergegangen. Merkwürdiger Weise hatte der Durstversuch den Erfolg, dass das Durstgefühl und die grosse Unruhe fast völlig geschwunden waren und der lang entbehrte, erquickende Nachtschlaf wieder eintrat. Patientin trank in den nächsten Tagen kaum 3 Liter Flüssigkeit und dementsprechend blieb die Urinentleerung gering (2000 bis 2500 Ccm.). — Die bei der Patientin beobachtete Pulsverlangsamung, welche übrigens bei Diabetes insipidus schon von

Anderen erwähnt wird, erinnert daran, dass Vagusreizung Pulsverlangsamung mit Vermehrung der Harnsecretion hervorbringt. Demnach könnte der Diabetes insipidus durch Reizung der peripherischen Endigungen des Trigeminus und Glossopharyngeus in Mundhöhle und Rachen oder durch functionelle Vagusreizung bedingt sein — für letzteres spricht im vorliegenden Falle die constante Pulsverlangsamung. Die Harnvermehrung ist hier secundär durch die Polydipsie bedingt. Aetiologisch ist hier eine Neurose, im Puerperium entstanden, anzunehmen. Prognostisch ist Polydipsie, wie der vorliegende Fall, bei dem eine functionelle Störung eines sonst gesunden Organismus angenommen wird, günstiger als eine primäre Polyurie, welche tiefer liegende Secretionsanomalien der Niere annehmen lässt. Die Therapie endlich ist für die primäre Polydipsie günstiger, als für die primäre Polyurie, da man bei der ersteren mit den gebräuchlichen Nervinis etwas erreichen kann und der prompte Erfolg einer „Entziehungscur" durch das Experiment am Menschen jetzt festgestellt erscheint, umsomehr, als bei obiger Patientin noch einige Wochen nach dem Austritt aus dem Spital das abnorme Durstgefühl verschwunden blieb. *Hausmann*, Meran.

969. ***Veränderung der Röhrenknochen bei Bronchiectasie.*** *Von Dr. E. Bamberger. (Wiener klin. Wochenschr. 1888. 11. — Centralblatt für Chirurgie. 1889. 31.)*

Es ist eine bekannte Erscheinung, dass Tuberculose nicht selten trommelschlägelförmige Finger zeigen und bisweilen Bronchiectasien dieselben Erscheinungen bieten. *Bamberger* hat nun auf schmerzhafte Auftreibungen an den Epiphysen der Röhrenknochen aufmerksam gemacht, welche ausschliesslich den Bronchiectatischen zukommen und nach einem obducirten Falle in Verdickung der Rinde und Verdichtung der Spongiosa der Epiphyse bestehen. Durch Vorführung von Bronchiectatikern in der Gesellschaft der Aerzte in Wien belegt der Verf. seine Ansicht. Er führt diese Erscheinung darauf zurück, dass vom Bronchialsecret Stoffe in den Körper übergeführt werden, welche bestimmte Einwirkungen auf die Knochen ausüben, ähnlich Perlmutterstaub, Arsen, Phosphor etc., was *Bamberger* experimentell zu prüfen zusagt. *Hausmann*, Meran.

970. ***Ueber primären und secundären Infect am Beispiele der Lobärpneumonie.*** *Von B. Naunyn. Mittheilungen aus der med. Klinik zu Königsberg in Preussen. Leipzig 1888. F. C. W. Vogel. (Wr. klin. Wochenschr. 1889. 34.)*

Das Wort Infection wird in einem störenden Doppelsinne gebraucht. Das Hineingelangen pathogener Pilze in den Körper bezeichnet man mit dem Worte Infection und ebenso benennt man denjenigen Zustand, in welchen der Körper durch die Wirksamkeit der pathogenen Pilze gelangt, auch als Infection. Um Irrthümer zu vermeiden, schlägt *Naunyn* vor, diesen Zustand als Infect zu bezeichnen, und zeigt an der lobären Pneumonie, wie sich damit der complicirte Vorgang der Mischinfection wesentlich leichter erklären lasse. Die Infection der Lungen mit Pneumoniecoccen ruft die Pneumonie hervor und der pneumonische Infect der Lungen begünstigt das Gedeihen der Eitercoccen in



letzterer; sie entwickeln sich und werden in der Lunge herrschend, so dass jetzt, in dieser secundär, der Eitercocceninfect sich etablirt. Dabei ist es sehr wohl möglich, dass die Infection der Lunge durch Pneumonie- und Eitercoccen gleichzeitig im Beginne der Erkrankung stattgehabt hat, dass es sich also um eine gemischte Infection handelt. Als Folge dieser Mischinfection tritt zunächst der pneumonische Infect auf, der Eitercocceninfect kommt erst secundär in der pneumonisch infecten Lunge zur Geltung.

971. ***Ueber ein bei Krankheitsprocessen in der hinteren Schädelgrube beobachtetes Symptom.*** *Von Dr. **H. Oppenheim.** (Neurolog. Centralbl. 1889. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 38.)*

Oppenheim sah in einem Falle, wo die Section einen hühnereigrossen Tumor im Kleinhirn, starke Abplattung des Pons und der Med. oblong., Hämorrhagien und Atrophie der Wurzeln des Vagus und Accessorius ergab, fortdauernde rhythmische Zuckungen des Gaumensegels, sowie der äusseren und inneren Kehlkopfmusculatur. Eine ähnliche Motilitätserscheinung bot ein Patient, der eine epidemische Cerebrospinalmeningitis überstanden hatte, im Anschluss an diese Affection dar. Es zeigten sich bei ihm rhythmisch und isochron Zuckungen des Gaumensegels und der Stimmbänder (40 Contractionen auf die Minute). Daneben erfolgten in unregelmässigen Intervallen Zuckungen im linken unteren Facialisgebiet und des Platysma myoides. Sonst bestanden Hinterkopfschmerz, starker Schwindel, besonders bei Neigung des Kopfes nach hinten, mässige Schlingbeschwerden, näselnde, tremulirende Sprache, Erbrechen, Parese und Contractur im Gebiet des linken Facialis ohne gröbere Störung der elektrischen Erregbarkeit, Parese und Ataxie, sowie Contractur in den rechten Extremitäten, Schwerhörigkeit, Pulsbeschleunigung, endlich Neigung nach hinten zu fallen bei Augenschluss. Mit Benutzung der Erfahrungen des ersten Falles hält Verf. die Zuckungen der Kehlkopfmusculatur für das Symptom eines in der hinteren Schädelgrube localisirten Krankheitsprocesses, zumal die übrigen Erscheinungen in diesem Falle für eine derartige Annahme gleichfalls sprechen.

972. ***Melancholische Depression im Anschlusse an ein somatisches Gebrechen.*** *Von Dr. **Alexander Janovics,** Secundararzt a. d. Beobachtungs-Abtheilung in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1889. 25.— Pester med.-chir. Presse. 1889. 34.)*

Ein 35jähr. Diurnist, aufgenommen am 16. Januar 1889, neurotisch belastet, überstand im 13. Jahre Typhus, im 20. Jahre einen hartnäckigen Darmcatarrh. Pat. musste armuthshalber als Diurnist sein Leben fristen. Im Jahre 1881 erkrankte er an Fistula ani und wurde zu wiederholten Malen erfolglos operirt. Dieses Gebrechen verstimmte ihn ganz; sein Frohsinn schwand, er mied die Gesellschaft, ward trübsinnig. Er nährte sich mangelhaft, vermochte nicht zu schlafen. Im September 1888 nahm er in selbstmörderischer Absicht Morphium, doch kam er nach einem längeren Schlafe wieder zu sich. Am 16. Januar 1889 wurde er wegen seines auffälligen Benehmens der Beobachtungs-Abtheilung zugeführt. Bei der Untersuchung bestand Tremor der



Hände, hochgradige Dilatation der Pupillen; sämmtliche Haut-, Muskel- und insbesondere die Kniereflexe gesteigert. Um dem Anus herum Narben und Hohlgänge. Die Stimmung des Pat. gedrückt. Pat. ist 6 Tage hindurch vollkommen sprachlos, steht Stunden hindurch an einer Stelle, nährt sich mangelhaft, schläft nicht. Am 6. Tage spricht er nur das eine Wort: „es schmerzt". Am darauffolgenden Tage zeigt er die schmerzhafte Stelle, und auf die Bemerkung, er werde genesen, heitert sich sein Gesicht auf einen Moment auf, doch alsbald verfällt er wieder in Apathie. Am 9. Tage fragt er selbst, ob er genesen werde, und als er diesbezüglich beruhigt wird, antwortet er auf Fragen. Am 18. Februar werden die Fistelgänge aufgedeckt und nach dem 3. Verbandwechsel heilten sie vollkommen zu. Von diesem Momente ab war Pat. wie ausgewechselt. Seine Stimmung ward fröhlich, er wurde mittheilsam, sämmtliche Reflexe wurden normal, Pupillen reagirten gut und am 17. März verliess Pat. geheilt das Spital. Wiewohl in diesem Falle Seitens der Mutter neurotische Belastung bestand, und es daher schwer anzunehmen ist, dass das angeführte Gebrechen für sich allein die Psychose herbeigeführt hätte, wenn nicht das Individuum disponirt gewesen wäre, ist es doch fraglich, ob ohne das Hinzutreten dieser Gelegenheitsursache die Melancholie zum Ausbruche gelangt wäre. Dieser Fall zeigt, dass bei mit somatischen Gebrechen complicirten Psychosen in erster Linie die Behandlung dem somatischen Uebel zugewendet werden müsse.

973. ***Ein Fall von Hemiatrophia linguae.*** *Von Dr. R. v. Limbeck, Assistent in der med. Klinik von Prof. Přibram. (Prager med. Wochenschr. 1889. 16. — Neurolog. Centralbl. 1889. 18.)*

Eine 38jährige Frau suchte wegen Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Heiserkeit, die seit 7 Tagen bestanden, die Klinik auf; sie war geistig normal, sprach rasch und undeutlich, ohne eine Sprachstörung zu zeigen. Reflexe, Sensibilität, Motilität, sensorische Functionen im Gesicht wie in den Extremitäten völlig normal; nur die Zunge wird mit nach rechts gekrümmter Spitze herausgestreckt und zeigt eine auffällige Runzelung und Kleinheit der rechten Hälfte mit deutlichem fibrillären Flimmern; die rechte Hälfte ist dünner, schlaffer, weicher; öffnet die Patientin den Mund, ohne die Zunge herauszustrecken, so liegt die Spitze nach links gerichtet; Bewegungen der Zunge nach oben und rechts gelingen unvollkommen. Sensibilität, Geschmacksinn, elektrisches Verhalten auf beiden Zungenhälften gleich und normal. Sensibilität im Pharynx und Mundhöhle intact. Röthung und Schwellung beider Stimmbänder neben einer Parese des rechten Stimmbandes. Sensibilität im Larynx normal. Musculatur des ganzen Körpers, speciell an den Mm. trapezii wie kleinen Handmuskeln, völlig normal. — Die Veränderungen an der rechten Zungenhälfte entsprechen denjenigen, wie sie bei der progressiven Bulbärparalyse die ganze Zunge einnehmen. Die Halbseitigkeit der Affection, verbunden mit normaler Erregbarkeit der Zungenmusculatur, des entsprechenden Nerven, und der blitzartige Zuckungstypus lassen eine peripherische Läsion des N. hypogl. dext. ausschliessen und den Sitz der Erkrankung in den rechten Hypoglossuskern der Medulla oblongata verlegen; auch der Mangel jeder Sensibilitäts-



störung spricht dafür, da der Hypoglossus erst während seines extracerebralen Verlaufes sensible Fasern führt (*Lewin*, Charité-Ann. VIII). Das längere Bestehen der rauhen Stimme der Patientin, der einseitige und rechtsseitige Sitz der Stimmbandparese lässt auch diese auf einen centralen Ursprung (partielle Läsion des rechten Vaguskernes) zurückführen; die Parese blieb auch noch nach Besserung der Laryngitis; sonstige Symptome einer Lues oder einer chronischen Intoxication oder einer Erkrankung des Centralnervensystems fehlten; nur eine auffällige Lebhaftigkeit der Patellarreflexe lenkte den Verdacht auf eine vielleicht beginnende Erkrankung der nervösen Centralapparate. Wegen der Geringgradigkeit der sonst beobachteten Störungen gleicht dieser Fall von nucleärer Erkrankung des Hypoglossuskernes am meisten dem von *Hirt* (Berl. klin. Wochenschr. 1885. 20) publicirten.

974. ***Ueber Bulimie oder Kynorexie.*** *Von Dr. **Peyer**, Basel. (Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. 15. October 1888. — Centralbl. f. Nervenheilk. 1889. 16.)*

Verf. theilt interessante Beobachtungen über das verstärkte Hungergefühl im acuten und chronischen Auftreten mit. In einem acuten Falle fand er eine 32jährige robuste Frau jammernd auf dem Bette einer Nachbarin liegen; die Nachbarin und ihre Tochter waren eifrig damit beschäftigt, Eier aus einem Korbe zu nehmen, sie zu zerschlagen und der Frau zu geben, die sie mit zitternder Hast hinunterschluckte; in wenigen Minuten hatte sie 25 Stück genossen, und verlangte mehr. Das Hungergefühl war zugleich mit einer peinlichen, krankhaften Empfindung im Epigastrium plötzlich aufgetreten, während sie der Nachbarin von dem unglücklichen Ausgang ihres Ehescheidungsprocesses erzählte; den ganzen Tag über währte der Hunger und Pat. glaubt trotz fortwährenden Essens sterben zu müssen. Am anderen Tage war sie vollkommen gesund und fühlte nicht die geringste Indigestion von ihrer Mahlzeit. Verf. betrachtet diesen Anfall für einen typischen Fall, acuter Bulimie, einer acuten Neurose der Magennerven; an Hysterie denkt er dabei gar nicht. Chronische Fälle sind häufiger, zeigen nach mässigen Mahlzeiten ein normales Sättigungsgefühl, aber einen nach höchstens zwei Stunden wieder auftretenden Hunger von abnormer Form und abnormer Intensität. Wenn der Hunger nicht gestillt wird, kommt es zu Erscheinungen, die an Ohnmacht oder Collaps grenzen; Nachts wachen die Kranken oft mit nagendem Hunger auf. Bei einer von einer Pneumonie genesenden Dame trat jede Stunde Hunger auf, unter Angstgefühlen, anhaltendem Gähnen, reichlichem Schweiss und Benommenheit. Nach einer kleinen Mahlzeit wurde ihr wieder wohler; mit der fortschreitenden Reconvalescenz verloren sich diese Erscheinungen; in einem ähnlichen Falle verschwand der Zustand nach Beseitigung einer chronischen Endometritis. Gelegentlich werden trotz steter Abmagerung in chronischen Fällen enorme Quantitäten verzehrt. In einem Falle, dem einer sehr bösartigen Frau, trat mit der warmen Jahreszeit, zugleich mit einer milderen Gemüthsart, Druck im Hinterkopf, Gedächtnissschwäche, ein Hunger auf, der jede zweite Stunde ansehnliche Mahlzeiten erforderte; Nachts mussten Speisen neben dem Bette stehen; erst im Herbst hörte



der Hunger auf, und die Patientin wurde wieder recht unliebenswürdig. Mutter und Brüder litten an heftigen Anfällen periodischer Neurasthenie. (Der Fall ist doch wohl als periodische Psychose anzusehen. Ref. *Kurella.*) In anderen Fällen hungern die Kranken permanent, vor, bei und nach den Mahlzeiten; meist sind Erscheinungen von Hysterie oder Neurasthenie gleichzeitig vorhanden; unter den Ursachen sind neben erblichen Degenerationszuständen des Nervensystems vorausgehende erschöpfende Krankheiten oder schwere Sorgen sehr häufig. Die Behandlung muss möglichst gegen die causa morbi gerichtet sein.

975. ***Zur Kenntniss der Muskelatrophie der Tabiker.*** *Von Dr.* ***M. J. Déjerine.*** *(Revue de méd. 1889. 2—4. — Centralbl. für klin. Med. 1889. 32.)*

Nach den klinischen und pathologisch mikroskopischen Untersuchungen des Verf. ist die Muskelatrophie, die so häufig im Verlaufe der Tabes auftritt, keine selbstständige Erkrankung, sondern ein wichtiger Factor des gesammten Symptomencomplexes. Ihr Auftreten ist gewöhnlich an ein vorgeschritteneres Stadium der Tabes gebunden. Von der Erkrankung werden in der Regel symmetrische Körpertheile befallen, jedoch fast ausschliesslich die Muskeln der Extremitäten, und zwar hauptsächlich die der Hände und noch häufiger die der Füsse. Die Entwicklung der Krankheit ist eine sehr langsame. In den unteren Extremitäten zeigt sich die Atrophie unter dem Bilde des Pes equinus, verbunden mit Plantarflexion der Zehen, speciell der grossen Zehe, während sie an den oberen Extremitäten der *Duchenne-Aran*'schen Form, sehr selten dem scapulo-humeralen oder dem Vorderarmtypus gleicht. Eben so wie der *Duchenne-Aran*'sche Typus, hängt die Deformation des Fusses und der Zehen Anfangs nur von der Muskelatrophie ab. Später gesellen sich dazu noch andere Ursachen, wie die Verkürzungen der Sehnen und Muskeln, aus denen die fehlerhaften Fussstellungen resultiren Fibrilläre Zuckungen werden nicht beobachtet. Die active Muskelcontraction ist geschwächt oder aufgehoben. Die elektrische Erregbarkeit ist für beide Stromesarten herabgesetzt; Entartungsreaction ist selten. Diese Muskelatrophie ist bedingt durch Veränderungen der motorischen Nerven, die das typische Bild der Neuritis darbieten. Letztere Erkrankung ist eine rein periphere; sie nimmt von der Peripherie nach dem Centrum progressiv ab. In einigen Ausnahmefällen waren auch die vorderen Wurzeln, jedoch nur der Cervicalregion, in geringer Weise afficirt. Die Ganglienzellen und die graue Substanz der Vorderhörner waren stets intact. Dieses Ausstrahlen von der Peripherie nach dem Centrum hat die Neuritis mit dem Symptomenbilde der tabischen Muskelatrophie gemeinsam. Die Pathogenese der peripherischen Neuritis ist vorläufig nicht zu erklären, ebenso wenig wie es bisher in Bezug auf die noch viel häufiger bei Tabes vorkommende Neuritis der sensiblen Nerven gelungen ist.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

976. ***Die Behandlung der Schwindsucht mit Kohlensäure.*** *Von Dr. **Weber**, Saarbrücken. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 35.)*

In der Voraussetzung, dass die beim Kalkbrennen in Masse entweichende Kohlensäure eher als die heisse Luft es ist, welche diesen dabei beschäftigten Arbeitern angeblich Immunität gewährt, sucht der Verfasser diese Annahme für die Therapie zu verwerthen. Schon *Ebstein* führte die Tuberculose der Diabetiker auf mangelhafte Entwicklung der Kohlensäure bei der Zuckerruhr zurück, da gerade die Kohlensäure einen regulatorisch hemmenden Einfluss auf den Zerfall des Glycogens und der Eiweisskörper ausübt. Unterstützt wird die Anschauung von dem hemmenden Einfluss der Kohlensäure auf Entstehung der Schwindsucht durch manche Thatsachen. So tritt Stillstand der Phthise während der Schwangerschaft ein, in einem Stadium erhöhter Ansprüche an das kranke Individuum. Die Kohlensäure des Fötus kommt ununterbrochen der Mutter zu und wirkt dadurch der Schwindsucht entgegen; dies hört auf, wenn der Fötus ausgestossen ist. Herzkranke mit Hyperämie haben nach *Traube* eine gewisse Immunität gegen Schwindsucht, sie sind überladen mit Kohlensäure, ebenso Emphysematiker sehr häufig. *Weber* gibt zur Erzeugung der Kohlensäure 3mal täglich einen Theelöffel Natron bicarbonicum, nachdem die Patienten vorher ein Glas Wasser mit 12 Tropfen Acidum muriaticum genommen. Am besten geschieht dies vor den 3 Hauptmahlzeiten, nüchtern, Mittags und Abends. Die beigefügten zehn Krankengeschichten ergeben zumeist recht günstige Resultate. *Hausmann*, Meran.

977. ***Ueber Behandlung des pleuritischen Exsudates mittelst Aspiration.*** *Von Dr. **Storch**, Kopenhagen. (VIII. Congress für innere Med.)*

Storch verwendet bei Ascites und zur Entleerung pleuritischer Exsudate die Aspirationsflasche, welche Ref. vor zwei Jahren beschrieben, mit sehr zufriedenstellendem Erfolge. Als besondere Vortheile hebt er hervor, dass durch die eingeschaltete Glasröhre die Beschaffenheit des Exsudates wahrgenommen und eine sofortige genaue Messung desselben möglich ist. *Eisenlohr* (Hamburg) hebt in der Discussion die Vortheile der *Bulau*'schen Aspirationsmethode hervor, bei welcher durch Verhinderung des Lufteintrittes durch die Wunde die Wiederausdehnung der Lunge wesentlich erleichtert, die Retraction der letzteren und der Thoraxwand möglichst verhütet und die Heilungsdauer abgekürzt werde. Bei jauchigen Exsudaten sei jedoch die Eröffnung durch Schnitt mit Rippenresection vorzuziehen. *Rochelt.*

978. ***Salol bei Nierenkolik.*** *Von Dr. **W. F. Waugh** in Philadelphia. (Philadelphia Med. Times. Tom XIX. — The Practitioner. 1889. Juli.)*

Verf. hat auf Grundlage seiner günstigen Erfahrungen mit Salol bei Blasenleiden dasselbe auch in einem Falle von heftigen linkseitigen Renalschmerzen in Folge von Nierensteinen angewandt. Der Fall betraf eine 40jährige Frau, die an heftigen Nierenkoliken litt; der Harn dunkel gefärbt, trüb, wolkig, viel



Urate, Eiter, Blut und Epithel aus dem Nierenbecken enthaltend. Durch einige Wochen wurden zur Linderung der Beschwerden die verschiedenen gebräuchlichen Mittel, doch ohne Erfolg, angewandt. Der Autor ordnete nun Salol an in Pillen zu 0·50 4stündlich. Der Erfolg war ein über aller Erwartung günstiger, wie es oft in der Praxis vorkommt, ohne recht klar zu werden über das Warum? Von der ersten Dosis an begann bereits die Besserung. In einigen Tagen war sie ganz wohl; und nach 3 Wochen kaum mehr eine Mahnung ihrer früheren qualvollen Beschwerden. Der Urin wurde normal.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

979. ***Quecksilber gegen Anämie.*** *Von Dr.* ***Carteledge*** *in Kentucky. (American Practitioner and News. Vol. VII. — The Practitioner. Juli 1889.)*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Anwendung des Quecksilberchlorids ($HgCl_2$) als tonisirendes und curatives Mittel in der Behandlung aller Formen von Anämie, ohne dass Syphilis die veranlassende Ursache wäre. Kleine Gaben dieses Mittels, meint der Autor, veranlassten Absorption von Lymphstauungen in welchem Organ immer, wahrscheinlich durch Anregung des Drüsensystems oder durch Entlastung des Drüsengewebes von krankhaften Ablagerungen, wodurch eine regere Aufsaugung der Lymphelemente zu Tage tritt, und in 9 Fällen auf 10 der Anämie günstig einwirkt. Das Mittel soll nur in kleinen Dosen etwa 0·001 in Verbindung mit Acid. hydrochl. des öfteren bei vollem Mageninhalte genommen werden. Bei anämischen Frauen mit Uterinal-Ovarialleiden combinirt, wirkt dieses Mittel ganz speciell günstig. Bei Chlorosen, mit Struma gepaart, wirkt die combinirte Darreichung mit Eisen besser, als das letztere für sich allein.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

980. ***Therapeutische Anzeigen bei dauerndem kleinen Puls.*** *Von* ***Huchard.*** *(La semaine médicale. — The Practitioner. 1889.)*

Verf. hatte Gelegenheit, einige Fälle von verlangsamtem Pulse zu behandeln und ist der Ansicht, dass diese Anomalie auf einer Sclerose der Arterienwände beruhe. Die Verlangsamung beträgt oft nur 28—30 Schläge in der Minute, ist häufig von Schwindel, epileptiformen Anfällen, charakteristischer, retrosternaler Beklemmung, ja selbst stenocardischen Anfällen begleitet, führt schliesslich zu verschiedenen Herzaffectionen mit Morbus Brightii. In Bezug der Therapie räth der Autor nur jene Mittel an, die vasodilatatorisch wirken, so Amylnitrit, Nitroglycerin (Trinitrin), von welch letzterem er eine alkoholische Lösung von 1:100, 2—3mal des Tags 3 Tropfen, anwendet. Auch Kali- und Natr.-Jodat sind zu empfehlen. Das Chinin als Vasoconstrictor wirkt in diesen Fällen oft verhängnissvoll. Die Dilatationsfähigkeit der Gefässe muss genau controlirt werden, was auch durch Auscultation erzielt werden kann; Accentuirung des zweiten Aortentones tritt bei Erweiterung ein. Bei Arteriosclerose sollen in erster Zeit die Vasodilatatoren angewandt werden.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

981. ***Erfolgreiche Behandlung der Gallensteine mittelst Massage.*** *Von Dr. J. A. Comingor, Indianopolis. (Virginia Medical Monthly. 1889. Juni.)*

Der Autor theilt einen Fall eines an Gallenstein leidenden Arztes mit, bei welchem ihm die Massage der Leber vorzügliche Dienste leistete. Der Kranke war schon durch 11 Wochen mit den verschiedensten Mitteln, doch ohne jeden Erfolg, behandelt worden, Icterus und acholische Dejection bestand noch. Der Autor nahm zur Massage seine Zuflucht. Schon anderen Tages entleerte der Patient einen mit Galle reichlich gefärbten Stuhl und bald nachher auch einige Gallensteine, und die Besserung hielt dauernd an. Das Verfahren war folgendes: die Hände wurden auf die Rippen der Lebergegend aufgelegt, rasch und kräftig nach abwärts gedrückt, wieder gehoben und wieder aufgelegt, etwa durch 5 Minuten erneuert. Diese Procedur wurde 3mal in der Nacht wiederholt, wo dann die gallige Entleerung erfolgte. Bei einem neuerlichen Anfalle wurde dasselbe Verfahren mit demselben Erfolge angewandt. Seitdem kein Anfall.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

982. ***Ueber den Einfluss des Olivenöls auf die Gallensecretion.*** *Von Dr. Siegfried Rosenberg. (Fortschritte der Medic. 1889. 13.)*

In Anbetracht der Erfolge, welche bei der Behandlung der Gallensteinkolik mit Olivenöl in grossen Dosen erzielt wurden, studirte Verf. im Laboratorium von *Zuntz* die Wirkung des Olivenöls auf die Gallensecretion an Hunden mit permanenter Gallenblasenfistel. Hierbei fand er, dass unter der Einwirkung des Olivenöls die Menge der secernirten Galle sehr beträchtlich vermehrt, die Consistenz dagegen vermindert wird. Es werden also durch das Oel diejenigen Bedingungen geschaffen, welche für die Entfernung der Gallensteine erforderlich sind. *—r.*

983. ***Praktische Winke über Guajacolinjectionen.*** *Von Dr. Arnold Schetelig. (Deutsch. Medic.-Ztg. 1889. 62.)*

Am auffälligsten ist die Wirkung der Guajacolinjectionen bei Phthisis in allen Fällen der Verschlimmerung chronischer Phthisen, in denen die Einschmelzung der Herde keine zu rapide, sondern eher anzunehmen ist, dass eine lebhaftere Entwicklung von Bacillen stattfindet. Die Injectionen bewirken: Sofortige Reduction der Körpertemperatur auf die Norm für einen längeren oder kürzeren Zeitraum, mit und ohne Transspiration, aber ohne bedenkliche Collapserscheinungen, Besserung des Schlafes und des Appetits, Veränderung und dann Verminderung des Auswurfes, Kräftigung des Pulses. Besonders geeignet sind ältere Personen mit schlaffer Haut, namentlich Frauen. Die selteneren Fälle von starkem Panniculus dürften unter allen Umständen die günstigsten Oertlichkeiten für die Injection abgeben. Die Einspritzung geschieht niemals am Arm, wo möglich am Abdomen oder in der Inguinalfalte oder vorne am Oberschenkel. In einem ausserdeutschen Sanatorium für Schwindsüchtige wird mit Erfolg in die Nates injicirt. Nach monatelangem Versuch mit Kreosot in Mandellösung (20 und 30%, nie weniger) wendet Verf. jetzt ausschliesslich das reine, unvermischte Guajacol, und zwar in einmaliger täglicher Dosis von 0·5—1·0 Grm. an. Das Guajacol



darf nicht nach Kreosot riechen. Man verlange das Guajacolum absolutum. Eine gewöhnliche *Pravaz*'sche Grammspritze von Hartgummi reicht aus; die Ansatzstücke sollen nicht von Metall sein; auch muss der Führungsdraht der Canüle von versilbertem Kupfer, nicht von Messing oder Eisen sein. Die Canüle sei die kleinste, die Spritze die feinste. Man injicirt rasch, schiebt möglichst weit unter der Haut vor, spritzt langsam und verreibt etwa nach minutenlangem Verschluss des Stichcanals sorgfältig die injicirte Masse mit flachen Fingern in centripetaler Richtung. In Folge von unreinen Präparaten entstand nur einmal ganz beschränkte Gangrän der Haut um den Stichcanal. In einzelnen Fällen blieben kleinere Härten zurück, die nach Tagen verschwanden.

984. ***Ueber das Verhalten des kleinen Kreislaufes gegen die Digitalisgruppe.*** *Von Dr.* **Openchowski** *(Dorpat). Vortrag am VIII. Congr. f. innere Medicin.*

Die Untersuchungen des Vortragenden haben ergeben, dass der kleine Kreislauf ein ganz abgeschlossenes System bildet, und dass die Agentien, welche den grossen Kreislauf beeinflussen, den kleinen gar nicht tangiren — oder nur insoweit, als der Zufluss zum rechten Herzen vermehrt oder vermindert wird. Die Herabsetzung des Druckes im grossen Kreislauf durch Curare, Amylnitrit, Chloralhydrat macht sich auf den kleinen Kreislauf nur in minimaler Weise und bei sehr lange dauernden Versuchen geltend — und beruht wohl nur auf Verminderung des Blutzuflusses. Bei Erhöhung des Blutdruckes durch Helleboreïn beobachtet man Anfangs eine Abnahme des Blutdruckes im kleinen Kreislauf, welcher nur dann wieder unbedeutend zunimmt, wenn der Zufluss in das rechte Herz vermehrt wird. Direct werden weder die Lungengefässe, noch das rechte Herz vom Helleboreïn beeinflusst. Diese Versuche, sowie auch die mit Digitaleïn angestellten leiten den Vortr. zur Annahme, dass die Digitalisgruppe nur auf das linke Herz und dessen Gefässsystem einwirkt. Da es vorläufig unwahrscheinlich ist, dass der rechte Herzmuskel gegen Herzgifte ganz immun wäre, so muss man annehmen, dass diese Gifte nur auf seine Coronararterie, und zwar in der Weise einwirken, dass durch die Contraction der rechten Coronaria das rechte Herz gewissermassen in seiner angestrengten Thätigkeit gehemmt wird. Diese Voraussetzung ist auch durch directe Beobachtung des Herzens bestätigt worden. Die linke Coronaria ist gleich nach der Vergiftung stärker gefüllt und breiter, während an der rechten sich nichts Aehnliches bemerken lässt. Das rechte Herz schlägt zweimal schneller als das linke, was vollständig der Zahl der Pulse an den typischen Blutdruckcurven entspricht. Der linke Ventrikel eines ausgeschnittenen Herzens von Thieren, welche durch Helleboreïn oder Digitaleïn vergiftet werden, schlägt 2—3mal länger als das normale linke Herz, während der rechte Ventrikel kürzere Zeit schlägt als unter normalen Verhältnissen, wo er in der Regel 2—3mal länger schlägt als der linke. Auch wird nur der linke Ventrikel (nach Vergiftung) in Systole gefunden, während der rechte immer schlaff ist. Ecchymosen bilden sich auch nur im linken Ventrikel, was durch vermehrte Blutzufuhr und verhinderten Abfluss in Folge der Muskelcontraction zu erklären wäre. Die Thatsache, dass die Wirkung der



Digitalisgruppe sich nur auf den grossen Kreislauf erstreckt, liefert uns vorläufig die einzig mögliche Erklärung ihrer therapeutischen Leistung. In der That, die Aufhebung der venösen Stauungen vor der Ueberfüllung des kleinen Kreislaufes ist nur dann erklärlich, wenn das linke Herz allein den Ueberschuss an Blut aus dem kleinen Kreislauf fortschafft. Würden die betreffenden Mittel auf beide Herzhälften in proportionaler Weise einwirken, so würden die Verhältnisse dieselben bleiben wie vorher. Trotz absoluter Steigerung der Arbeit wäre es unmöglich, mehr Blut aus dem kleinen Kreislauf in den grossen überzuführen. Die schnelle, aber nicht vermehrte Arbeit des rechten Ventrikels ist offenbar nur als regulatorisches Moment anzusehen. In den Fällen, wo Digitalis gar nicht wirkt, oder sogar die Symptome verschlimmert (z. B. bei Stenose der Mitralis), dürfte als Ursache wohl eher die Erkrankung der regulatorischen Vorrichtungen, als die Erkrankung des Herzmuskels selbst in Betracht kommen. Auch bei nervösen Herzleiden könnte diese Thatsache zum Verständniss der Digitaliswirkung beitragen, falls es sich um Contraction der linken Coronaria oder Verlust des Tonus der rechten ursprünglich handelte. (Die Wirkung auf den Vagus kann auch hier in Betracht kommen.) Cumulative Wirkung ist vielleicht nur consecutive Störung in dem Gebiete der Coronaria, welche unter dem Einfluss des Mittels zu lange gestanden hat.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

985. ***Wandlungen im Werth und in der Art der Wunddrainage.*** *Von Dr. H. Schmidt. (Berl. Klinik. Heft 11.)*

Ohne auf die sehr interessanten Auseinandersetzungen des als äusserst tüchtigen Chirurg bekannten Verf.'s näher eingehen zu können, in welchen Betrachtungen er auch, wie er selbst sagt, nichts Neues bringen, sondern nur seinen Standpunkt in der hochwichtigen Frage der praktischen Antiseptik präcisiren will, lässt sich dieser letztere kurz folgendermassen kennzeichnen: *Schmidt* würde niemals im Sinne der Asepsis im Gegensatze zu der vollkommen geschlossenen Wunde eine richtig angelegte Drainage für genügend sicher halten, sondern in der Privatpraxis und auf dem Lande, wie auf dem Schlachtfelde alle Wunden offen lassen, d. h. eine exacte Blutstillung machen, mit Jodoformgaze tamponiren, möglichst breit und ausgiebig verbinden, schienen, und je nach den Verhältnissen später entweder secundär nähen oder die Wunde überhaupt einer secunda intentio überlassen. Niemals würde er in Drainage eine grössere Sicherheit finden als im vollkommenen Verschlusse; bei einer Amputation, Herniotomie u. s. w. näht er gar nicht, sondern tamponirt mit Jodoformgaze und wechselt den Verband nach Bedarf 4—6tägig. Bei schon inficirt in die Behandlung kommenden Wunden ist ganz das gleiche Verfahren anzuwenden, da ja auch der Gesichtspunkt ganz der nämliche bleibt. Die Drainage tritt nur dann in ihre nie umzustossenden Rechte, wenn es sich darum handelt, Schädliches aus dem Körper möglichst schnell und ausgiebig abzuleiten. Wo wir

aber aus irgend welchen Gründen, auch bei frischen Wunden, unserer Asepsis und damit der prima intentio nicht genügend sicher sind, tritt nicht das Einlegen von Röhren als Plus von Sicherheit ein, sondern das Offenlassen der Wunde und die Tamponade mit Jodoformmull. *v. Buschman.*

986. ***Ueber die Störungen der Harnentleerung bei Prostata-Hypertrophie.*** *Von Dr. P. Güterbock. (Berl. Klinik. Heft 4.)*

Die grosse Mehrzahl der Autoren hat bis vor Kurzem der Anschauung gehuldigt, dass die Störungen des Actes der Harnentleerung von der eigenthümlichen Entwicklung des dritten oder *Home*'schen Lappens der Prostata abhängig seien. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, Beobachtungen und Studien schliesst Verf. sich der Anschauung an, welche von der *Guyon*'schen Schule in Paris ausgeht. Dieser Lehre zufolge stellt die Prostata-Hypertrophie nicht einen auf ein Organ allein beschränkten Process fibromusculärer Entartung dar. Ein ähnlicher Vorgang fibröser Induration findet vielmehr im ganzen Harnsysteme statt und steht in gleicher Linie mit den atheromatösen Veränderungen des Gefässsystems, wie diese ein Zeichen vorzeitiger Senescenz bildend. Für die Auffassung des ganzen Vorganges ist es wichtig, zu wissen, dass sich sehr bald Aenderungen in der Harnausscheidung entwickeln (Polyurie). Auch Verdauungsstörungen werden häufig nur zu bald im Gefolge dieser Erkrankung beobachtet. Als Complicationen, welche die Hypertrophie der Prostata nach sich zieht, wären zu nennen Cystitis, Pyelonephritis, Blasensteine mit besonderer Neigung zur Divertikelbildung und endlich die acute Harnverhaltung mit ihren Folgen. Die vorliegende Arbeit bringt, wenn sie sich auch grossentheils an die Schule *Guyon's* anlehnt, doch manch Originelles und behandelt ihr Thema in einer sehr klaren Weise, so dass deren Lectüre dem Praktiker auf das Angelegentlichste empfohlen werden kann. *v. Buschman.*

987. ***Ueber Ruptur der Ovarialcysten.*** *Von Dr. J. Heitzmann. (Allg. Wien. med. Zeitg. 1889. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889.)*

Der mitgetheilte Fall ist nicht allein deshalb von besonderem Interesse, weil eine sichere Diagnose erst nach erfolgter Ruptur möglich war, sondern und hauptsächlich deshalb, weil das allgemein als höchst gefahrvolles Ereigniss gefürchtete Bersten der Ovarialcyste diesmal in kürzester Zeit ohne stürmische Erscheinungen ablief. Die Ruptur erfolgte mitten während einer Intrauterinbehandlung, welche wegen Miterkrankung der Gebärmutterschleimhaut vorgenommen werden musste. Nach der letzten (dritten) Ausspülung mit der *Bandl*'schen Canüle stellten sich Schmerz und Unwohlsein ein, und beide Symptome steigerten sich bald so sehr, dass die Betreffende zu Bett gehen musste. Nachts wurde der Bauch plötzlich auffällig weich, die Schmerzen liessen nach, dagegen erfolgten wiederholte wässerig-dünnflüssige, höchst übelriechende Stuhlentleerungen. Auch Tags darauf hielt der Zustand an, so dass angeblich 18—20 Entleerungen erfolgten. Fast die ganze Geschwulst, welche wegen der auffälligen Härte, sowie wegen der gleichzeitig bestehenden Metrorrhagien und anderer diagnostischer Momente allgemein für ein Fibrom gehalten wurde, war spurlos verschwunden. Es musste daher hinterher



die Diagnose auf eine dünnwandige geplatzte Parovarialcyste gestellt werden. Diese war geplatzt; der Inhalt ergoss sich zunächst in das Parametrium und wahrscheinlich durch die Oeffnung, welche durch eine weitere Ruptur der Rectumwand entstanden war, in den Mastdarm. Letztere schloss sich alsbald wieder, aber im Parametrium blieb eine apfelgrosse, unbewegliche, druckempfindliche Resistenz als letzter Rest der ursprünglich kindskopfgrossen Cyste zurück, welche sich nur allmälig auf Nussgrösse reducirte. Ruptur von Ovarialcysten ist, wie aus einer Uebersicht der neueren Literatur hervorgeht, nicht gar zu selten. Spontane Heilung danach ist auch dann noch möglich, wenn sulzhaltiger oder gar hämorrhagischer Cysteninhalt sich in die Bauchhöhle entleert hat. Die Chancen hierzu sind bei einer parovarialen Cyste günstiger als bei einer ovariellen. Bei letzterer wird man, falls alle Behelfe dazu zur Hand sind, umsomehr an eine radicale Ausrottung des geplatzten Cystensackes denken müssen, da der zurückbleibende Stumpf auch noch später einen dauernden Reiz ausüben und zur Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle Anlass geben kann. Verf. stimmt mit *Sänger* darin überein, dass in Zweifelsfällen die Probeincision gerechtfertigt ist, da die Gefahr einer Peritonitis bei Cystenrupturen stets droht.

988. ***Ueber Terpentininjectionen zur Regeneration des Periosts.*** *Von Prof. Dr. Mikulicz in Königsberg. (Vortrag beim XVIII. Congr. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. Berlin 1889.)*

Vortr. hat bei einem jungen Menschen, bei dem ein grosses Stück der Tibia necrotisch geworden und ausgestossen war, in sieben Monaten Regeneration erzielt. Der 15 Cm. lange Defect war durch einen Narbenstrang ausgefüllt. Vortr. ging von der Voraussetzung aus, dass dieser noch osteogenetische Substanz enthalte und benützte, um Regeneration zu erzielen, das Terpentinöl als Reizmittel. Zunächst wurde der Narbenstrang der Länge nach halbirt, von der Schnittfläche mehrere Seitenincisionen angelegt und in die Spalträume das Terpentinöl gebracht und alle acht Tage erneuert. Der Knochen ist vollkommen ersetzt.

989. ***Neues Urethrotom für enge Stricturen der männlichen Urethra.*** *Von Blake White. (Medical Record. New-York 1888. Vol. 34. 22.)*

Das Princip des Urethrotomes von *Blake White* ist, die Strictur von hinten nach vorn zu durchtrennen. Mit Hilfe einer am Handgriffe angebrachten Scala kann genau bestimmt werden, wie tief die Klinge des Instrumentes, die beim Einführen natürlich gedeckt liegt, beim Zurückziehen das Gewebe an der Stelle der Strictur einschneiden soll. Damit wird jede unnöthige Verletzung gesunden Gewebes vermieden. Praktisch hat sich dem Verf. das Instrument gut bewährt. *Sternthal.*

990. ***Zur Frage moderner Kleinkaliberprojectile.*** *Von Dr. J. Habart. (Wiener med. Presse 1889. 24. — Centralbl. f. Chir. 1889. 38.)*

Verf. hat eine Reihe von Schiessversuchen mit dem 8 Mm. Mannlicher-Stahlmantel-Hartbleikern-Geschoss, M.1888, ausgeführt, deren Resultate sich nur zum Theil mit den Ergebnissen decken,



welche andere Autoren mit kleinkalibrigen Hartmantelgeschossen erzielt haben. Wenn auch die meisten Geschosse von Verf.'s Schiessversuchen selbst bei 1000 M. Distanz nach Durchbohren des einen Zieles mit Leichtigkeit ein zweites und ein drittes überwunden und fast durchgehends den massiven Pferdekörper ohne nennenswerthe Stauchung passirt haben, so ergaben dennoch etwa 15—20% der Fälle das Gegentheil, indem die Geschosse bald an den harten Schädel-, bald an den langen Röhrenknochen theils gespalten und in Fragmenten unter den Knochensplittern zersprengt waren, theils ein totales oder partielles Abstreifen des Stahlmantels und Blossliegen des deformirten Bleikerns nachweisen liessen.

991. ***Ueber traumatische Lymphcysten.*** *Von* ***L. Henscher.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1889. 19.— Wiener med. Wochenschr. 1889. 38.)*

Nach einem Sturz auf den Rücken trat bald bei einem 59jährigen Arbeiter unter lebhaften Schmerzen eine zwei Mannshand grosse Geschwulst in der rechten Leistengegend auf, die sich von der Spina anterior superior quer bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel nach aufwärts erstreckte, nach abwärts auf den Oberschenkel bis zum Trochanter major herabreichte. Durch Punction wurde $1^1/_2$ Liter Lymphflüssigkeit entleert. Trotz Druckverband füllte sich die Höhle bald wieder und es musste zur Spaltung des Sackes und Exstirpation der Drüsen geschritten werden. In einem zweiten ätiologisch gleichen Falle entwickelte sich eine Lymphcyste rechts vom Kreuzbein. Der weitere Verlauf glich ganz dem ersterwähnten. Beim Sturze dürfte eines der tiefen lumbalen Lymphgefässe geborsten sein. Mit den eigentlichen cystischen Lymphgeschwülsten, den Lymphvaricen, den Lymphangiomen und Cystenhygromen haben diese Lymphgeschwülste nichts zu thun, vielmehr sind letztere durch Verletzung normaler Lymphgefässe bedingt.

992. ***Eine Quellsonde zur Behandlung von Verengerungen der Speiseröhre.*** *Von Prof.* ***Senator.*** *Vortrag im Ver. f. innere Med. zu Berlin am 3. Juni 1889. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 28.)*

Da die operative Behandlung der Oesophagusstrictur vorläufig zu den ungelösten Problemen der operativen Chirurgie gehört, so wurde die Erweiterung bis nun mit allmälig an Durchmesser zunehmenden elastischen Bougies unternommen, die gewaltsam in die Strictur gezwängt wurden. *Senator* empfiehlt, um dieses gewaltsame Hineinschieben der Sonde zu vermeiden, quellbare Bougies, und zwar Stifte von Laminaria von der Länge der Strictur anzuwenden. Die Quellsonde besteht aus einer dünnen, weichen, französischen (Führungs-) Sonde, an deren Ende ein Laminariastift aufgeschraubt ist. Das Kaliber dieses Quelltheiles der Sonde ist nach Bedarf zu ändern. Das obere (nach der Sonde zu gelegene) Ende des Laminariastiftes ist ausserdem nochmals, behufs Befestigung eines Seidenfadens, durchbohrt, der mit der Sonde eingeführt wird und aus dem Munde heraus hängen bleibt — eine Schutzvorrichtung gegen Ablösen des Laminariastückes, was aber *Senator* niemals gesehen hat. Zum leichteren Einführen versieht man die Sonde mit einem Mandrin. Vor der Einführung

wird das Laminariaende in Wasser getaucht (nicht eingefettet); die Sonde bleibt längstens eine halbe Stunde liegen; je nach der Empfindlichkeit des Patienten ist von Zeit zu Zeit die Sondirung auf einen oder mehrere Tage auszusetzen. Die Sonde bleibt auch in gequelltem Zustande ganz glatt. Nach dem Entfernen wird sie in 5 Proc. Carbol- oder 1 pro Mill. Sublimatlösung desinficirt und getrocknet, worauf sie wieder gebrauchsfähig ist. *Senator* hält besonders narbige Stricturen als zu dieser Art der Behandlung geeignet.

993. ***Ein interessanter Fall von Katheterisation.*** *Von Dr.* **Ernst Bruckner**, *Operateur. (Gyógyászat. 1889. 27. — Pester med.-chirurg. Presse. 1889. 30.)*

Bruckner wurde zu einem 75jährigen Greise gerufen, der bereits seit 24 Stunden nicht zu uriniren vermochte. Harnbeschwerden bestanden beim Patienten schon lange her. Bei der Untersuchung reichte die Blase nahezu bis zum Nabel und wurde der mittlere Lappen der Prostata vergrössert gefunden. Unter solchen Umständen schritt *Bruckner* zur Katheterisation und gedachte er, derselben auch eine Blasenauswaschung folgen zu lassen. Mittelst eines ganz neuen und tadellos reinen metallenen Katheters Nr. 20 wurde nahezu ein Liter alkalisch reagirender Harn entleert, eine Blasenwaschung jedoch wollte der Patient an sich nicht vornehmen lassen. Nach drei Tagen wurde *Bruckner* abermals zum Patienten geholt, während welcher Zeit dieser sehr wenig urinirte, im Bette verblieb und zeitweise über Kopfschmerz und Eingenommenheit des Kopfes klagte. *Bruckner* fand den cyanotischen Kranken vollkommen bewusstlos, mit Convulsionen im Gesicht und an den Extremitäten, saccadirtem Athem und kleinem, frequenten Pulse. Nach einigen Stunden verschied Patient. In diesem Falle folgten der Katheterisation so rasch Urämie und Tod, dass zwischen ihnen ein causaler Zusammenhang wahrscheinlich ist und zeugt auch dieser Fall für die von Vielen gehegte Besorgniss, dass bei alten Personen das Katheterisiren gefährlich werden kann. Es wurde nämlich die Erfahrung gemacht, dass sich auf rasche Entleerung der Blase bei alten Personen eine acute Entzündung der Harnorgane einstellt und der Tod häufig unter urämischen Erscheinungen eintritt. Man erklärt sich den ominösen Ausgang aus dem raschen Sinken des Blasendruckes und den hieraus sich entwickelnden Circulationsstörungen. In dem fraglichen Falle trifft die Erklärung nicht zu, da die Entleerung langsam und vorsichtig bewerkstelligt wurde. Eine andere plausible Ansicht ist jene, wonach die Ursache der gefährlichen Erscheinungen in acuter Infection zu suchen sei. Der stauende Urin bietet einen günstigen Boden zur Entwicklung und Vermehrung von Mikroorganismen und diese gelangen dann leicht durch die dilatirten Ureteren und Nierenkelche in die Nieren, wo sie dann eiterige Entzündung herbeiführen. Der Verlauf im fraglichen Falle entspricht auch eher dieser Annahme, da die schweren Erscheinungen erst einige Tage nach der Entleerung auftraten, während nach der ersteren Annahme die schweren Erscheinungen sich unmittelbar nach dem Katheterisiren hätten einstellen müssen. Es wird sich demnach bei der



Ischurie der alten Personen das Vorgehen, je nach der Ansicht, der man huldigt, richten. Im ersteren Falle wird die Blase nur allmälig und nicht vollkommen entleert werden; im letzteren entleert man sie auf einmal, lässt jedoch eine Blasenauswaschung mit Bor- oder Carbollösung folgen und lässt behufs Ersatz des Blasendruckes eine gewisse Menge der Lösung zurück.

994. ***Exstirpation des Uterus mit Resection der Scheide wegen Vorfalles.*** *Von* ***R. Asch****, Assistent der Fritsch'schen Klinik in Breslau. (Arch. für Gyn. Bd. XXXV, H. 2, pag. 187.)*

Seit Kurzem wird die Exstirpatio uteri wegen Prolapsus auf der Breslauer Klinik vorgenommen, und zwar in Fällen, bei denen mittelst Pessarien oder der gebräuchlichen Colporrhaphien nichts zu erreichen ist, bei denen der Prolaps irreponibel ist, sehr bedeutende Schmerzen erzeugt, bei denen in Folge des lange bestehenden Leidens die Vagina stark hypertrophirt und mit Geschwüren bedeckt ist (weil die Nähte da im straffen, unnachgiebigen Gewebe durchschneiden) und endlich in Fällen, in denen eine vorausgegangene Colporrhaphie den neuerlichen Eintritt eines Prolapses nicht hintanzuhalten vermöchte. In erster Linie hat man aber arme Weiber, die schwerer Arbeit nachgehen müssen, im Auge zu halten und sich einer anderen, vielleicht erfolgreichen, aber sehr lange andauernden Behandlungsmethode (z. B. der Massage) nicht unterziehen können. Greisinnen, denen schon das blosse Verweilen im Bette schädlich ist, sind ausgeschlossen, ebenso junge Weiber. Die Operation betrifft Frauen, die nahe dem Eintritte der Klimax oder in deren ersten Jahren stehen. Die rückwärtige Muttermundlippe der in Steissrückenlage sich befindenden Kranken wird stark nach vorne und dann nach oben gezogen und fixirt. An der Grenze zwischen dem mittleren und oberen Drittel der Vagina, in der Mitte der hinteren Vaginalwand, wird das Messer eingesetzt und wird nach links, sowie nach rechts (nach aufwärts zu) bis in die Gegend der hinteren Commissur ein Schnitt gezogen (so dass gleichsam ein dreieckiger, mit der Spitze gegen den Anus gerichteter Lappen gebildet wird). Dieser Schnitt eröffnet sofort den Douglas. Sobald dies geschehen ist, wird das Peritoneum mit dem zurückgebliebenen Reste der hinteren Vaginalwand vereinigt. Je nach dem Falle und je nachdem eine Rectokele da ist, wird von der hinteren Vaginalwand mehr oder weniger entfernt. Nach geführtem Schnitte stülpt sich der Uterus fast von selbst vor. Sobald der Schnitt gemacht ist, wird das Peritoneum mit dem Reste der hinteren Vaginalwand vernäht. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle wird ein an einem Faden geschlungener Schwamm eingeschoben, um einen Därmevorfall hintanzuhalten. Hierauf werden die Ligamenta lata von oben her stufenweise abgebunden und durchtrennt, wobei Ovarien, sowie Tuben mit weggenommen werden. Nun wird der Uterus nach vorn und abwärts angezogen und die Durchtrennung vorne vorgenommen. An der vorderen Vaginalwand wird der Schnitt in gleicher Weise gemacht, so dass die Schnittränder des vorderen Dreieckes mit jenen des rückwärtigen zusammenstossen. (Der Schnitt an der vorderen Vaginalwand ist gleich jenem bei der Colporrhaphia anterior.) Ausserdem wird oberhalb dieses Schnittes, oberhalb der Spitze des Dreieckes und



dieser unmittelbar anliegend, aus der vorderen Vaginalwand (entsprechend der Urethralgegend) ein sphärisches Dreieck ausgeschnitten, dessen Spitze knapp unterhalb der Harnröhrenmündung liegt und welches sofort quer durch Nähte vereinigt wird. Hierauf wird der Uterus sorgsamst von der hinteren Blasenwand abgetrennt. Zieht man den Fundus uteri wieder nach vorne und oben, so sieht man die Ueberschlagsstelle des Peritoneum von der fluctuirenden Blase auf die feste vordere Uteruswand deutlich vor sich. Doch wird das Peritoneum durchtrennt und der Uterus mittelst ziemlich tiefer Schnitte von oben nach unter her von der Blase endgiltig abgelöst. Bereitet die Verwachsung mit der Blase bei der Ablösung Schwierigkeiten, so arbeite man ruhig in der Musculatur oder im Bindegewebe des hypertrophirten Cervix. Spritzende Gefässe werden gefasst und später einzeln unterbunden. Dann wird das oben durchtrennte Peritoneum vesicale nach Zurückstülpung der Blase an den Rest der vorderen Vaginalwand angenäht (beziehungsweise, da diese zum grössten Theile entfernt ist, an die der Mittellinie genäherten seitlichen Vaginalwandreste). Gleichzeitig werden die Stümpfe der Ligamenta lata beiderseits an die Reste der Vaginalwand angenäht. Da der rückwärtige, sowie vordere Winkel der grossen Wunde durch weitfassende Nähte mit einander verbunden werden, so bleibt nur eine kleine Oeffnung, wobei das Peritoneum ringsherum mit der Vagina vernäht ist. In diese Oeffnung kommt ein gefalteter Jodoformgazetampon. Eine Vernähung dieser Oeffnung ist wegen möglicher Zersetzung des Secretes nicht angezeigt, ebenso wenig das Einlegen eines Drainrohres, da dieses Anlass zur Verklebung oder Arrosion von Darmschlingen Gelegenheit geben kann. Bisher wurden auf der Breslauer Klinik acht einschlägige Fälle operirt, die alle günstig ausliefen bis auf einen, bei dem aber die Operation nicht direct die Todesursache war. Es handelte sich da neben dem Prolapsus noch um einen intraabdominalen Eiterabscess, sowie um eine eiterige Cystitis, Pyelonephritis und einen partiellen Schwund des Nierenparenchymes, sowie um eine interstitielle Nephritis. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

995. ***Ein künstliches Trommelfell aus Celloidin.*** *Von Dr. L. Katz. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 28. — Prag. med. Wochenschr. 1889. 34.)*

Verf. empfiehlt das Celloidin zur Herstellung von künstlichen Trommelfellen auf Grund seiner Erfahrungen. Die Herstellung gelingt sehr leicht in folgender Weise: „Giesst man in ein flaches Glasschälchen von einer Celloidinlösung (Celloidin 10·0, Spir. absol. und Aether ana 50·0) so viel hinein, dass das Celloidin ungefähr $1^1/_2$ Mm. über dem Boden steht, und lässt den Aether, resp. den Alkohol verdampfen, so bleibt nach einigen Stunden eine vollständig durchsichtige, helle, papierdünne, elastische Scheibe übrig, aus welcher sich mit der Scheere, resp.

mit dem Locheisen runde kleine Plättchen herausschneiden lassen. In der Mitte dieser Scheibe lässt sich mit Leichtigkeit in ein Paar Minuten ein aus Watte gedrehtes Stäbchen, das man an dem einen Ende in dünne Celloidinlösung getaucht hat, fest ankleben. Das Wattestäbchen dient nur als Handhabe bei der Einführung mit der Pincette. Das Plättchen wird zweckmässig vor der Einführung mit Oel, resp. Carbolöl angefeuchtet. Da sich Celloidin nur in Aether, resp. absolutem Alkohol löst, so ist an eine Auflösung, resp. an ein Zusammenrollen innerhalb des Ohres nicht zu denken. Die Reizungserscheinungen, die von dem Celloidin-Trommelfell ausgehen, sind sehr gering; länger als zwei Tage habe ich es des Versuches wegen niemals liegen lassen; doch zweifle ich nicht daran, dass es, sobald es bei vollständig secretfreiem Ohre eingelegt wird, länger ohne Schaden liegen bleiben kann. Für gewöhnlich erneuerte ich es nach 24 Stunden. Da die Herstellungskosten dieses Materials sehr niedrig sind, so glaube ich, dass das Celloidin-Trommelfell in Anbetracht der oben angeführten Vorzüge (auch wird es durch eine eventuelle Eiterung gar nicht verändert) im Stande sein dürfte, in vielen Fällen, wo die anderen künstlichen Trommelfelle zu stark reizen oder ohne Erfolg angewendet werden, als sehr brauchbarer Ersatz einzutreten."

996. ***Fremde Körper in den Bronchien.*** *Von Dr. Kobler. (Wiener klin. Wochenschr. 1889. 33.)*

Auf der *Schrötter*'schen Klinik kamen in kurzem Zwischenraume zwei einschlägige Fälle zur Beobachtung. Ein 56jähriger Maurer erkrankte vor zwei Jahren an Brustschmerzen und Husten. Links vorne, ober und unter der Clavicula gedämpfter Percussionsschall, der vorne in die Herzdämpfung in der Axillarlinie in exquisit tympanitischen Schall übergeht, welcher nach rückwärts bis zur hinteren Axillarlinie reicht. An dieser Stelle hohes, bronchiales Athmen mit lauten, klingenden, consonirenden Rasselgeräuschen. Das Sputum sehr reichlich, von süsslichem Geruche, die dreifache Schichtung zeigend. Als Patient bald darauf dyspnoisch zu Grunde ging, fand sich bei der Obduction in der linken Lungenspitze ein rundlicher kirschgrosser Abscess im Hauptbronchus der linken Lunge, unmittelbar vor der Theilung in Knochenstücke, eingekeilt. Merkwürdig ist an diesem Falle, dass die aufgenommene Anamnese keinerlei Daten über das Aspiriren des Knochens ergeben hatte. Der zweite Fall betraf einen 41jährigen Bäcker. Rechts hinten, vom Angulus scapulae nach abwärts sehr lautes, hohes, bronchiales In- und Exspirium mit consonirenden Rasselgeräuschen. Bei der Obduction fand sich im rechten Hauptbronchus ein metallenes Hemdknöpfchen eingekeilt. Die Bronchialwand daselbst verjaucht, in den erweiterten Bronchien des linken Unterlappens mehrfache Eiterherde. Auch dieser Patient hatte keinerlei anamnestische Angaben gemacht, welche auf das Eindringen eines Fremdkörpers in die Luftwege hätten schliessen lassen.

Rochelt.



Dermatologie und Syphilis.

997. ***Ueber Entzündung der Samenbläschen.*** *Von* ***Jordan Lloyd.*** *(The British Medical Journal. 1889. 20. April.)*

Lloyd gibt in seinem Aufsatz zuerst eine erschöpfende Darstellung der anatomischen Lage der Samenbläschen und schliesst daran eine Schilderung der Aetiologie, pathologischen Anatomie und klinischen Symptome dieser Gebilde an. Nachdem er mit Bezugnahme auf selbst beobachtete Fälle und unter Anführung der einschlägigen Literatur ein anschauliches Bild der Erkrankung derselben entworfen hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. Die Entzündungen der Samenbläschen und ihrer Ausführungsgänge kommen häufiger vor, als man allgemein annimmt. 2. Sie sind in vieler Beziehung analog den entzündlichen Vorgängen der weiblichen Tube. 3. Obwohl auch primär sich entwickelnd, sind sie doch meist die Folge von Harnröhrenentzündungen. 4. Meist sind bei ihrer Entzündung die Ausführungsgänge verstopft und die Samenbläschen selbst übermässig ausgedehnt. 5. Nur ausnahmsweise kommt es zu einem Ausgang in Eiterung. 6. Wenn es zur Eiterung kommt, so ist eine Incision durch das Perineum dem Einschnitt durch das Rectum vorzuziehen. 7. In der Aetiologie spielt der Tripper die Hauptrolle. 8. Gewöhnlich schliesst sich die Entzündung der Samenbläschen an eine gonorrhoische Nebenhodenentzündung an. 9. Meist wird die „Vesiculitis seminalis" mit Prostatitis oder einer Entzündung des Blasenhalses verwechselt. 10. Die Diagnose lässt sich nur vom Rectum oder der Blase aus feststellen. *Ledermann.*

998. ***Die Behandlung des Lupus mit Milchsäure.*** *Von* ***Zielewicz*** *in Posen. Nach einem in der med. Sect. geh. Vortrage. (Wien. med. Wochenschr. 1889. 34.)*

Mosetig-Moorhof empfahl die concentrirte Milchsäure als ein Mittel, das pathologische Gewebe vollständig vernichtet, dabei aber die gesunden Theile nicht angreift, wodurch es eine typische Bedeutung gewinnt, durch die es sich so vortheilhaft von anderen caustischen, ebenso gesunde, wie kranke Gewebe angreifenden Mitteln unterscheidet. Demgegenüber machten *Spitzer* und *Hermann* die Erfahrung, dass die Milchsäure ähnlich wie andere caustische Mittel wirkt, nur weniger energisch; dass sie gesunde Gewebe keineswegs verschont; bedeutenden Schmerz hervorrufe und dass die Behandlung mit Milchsäure länger dauere, als mit Zincum chloratum. *Zielewicz* behandelte drei sehr hartnäckige Lupusfälle mit Milchsäure, welche als 80proc. Lösung eingespritzt wurde, und fasst seine Resultate dahin zusammen: Das radicalste Mittel zur Zerstörung der Lupusknötchen bildet die galvano- und thermocaustische Behandlung und die Milchsäure kann weder mit dem ersten, noch mit dem zweiten Mittel rivalisiren. Der Thermocauter wirkt am meisten energisch und kann auf einzelne Knötchen, die wir zerstören wollen, beschränkt werden, was bei keinem der chemischen Cauterien möglich ist. Die Wirkung der Milchsäure unterscheidet sich durch nichts von anderen, schwächeren caustischen Mitteln und beruht auf langsamer Exfoliation



der Epidermis, welche bei den von *Zielewicz* behandelten Patienten nach zweimaligem Pinseln derselben Stelle stückweise entfernt werden konnte.

999. ***Die chronische locale Meningitis syphilitica.*** *Von R. Gowers. (The Lancet. 1889. — Deutsch. Med.-Zeitg. 1889. 8.)*

Die chronische syphilitische Herd-Meningitis verursacht hauptsächlich dann bestimmte Symptome, wenn sie die Basis des Gehirns afficirt und die Schädelnerven ergreift, oder wenn sie, an der Convexität befindlich, die motorische Region erfasst. Die Symptome sind derart, wie sie durch eine Läsion der Oberfläche erzeugt werden, und der Mangel oder Zeichen eines erheblichen Functionsverlustes des darunter liegenden Gewebes, wie solche durch eine beträchtliche Compression verursacht werden, ist der Hauptunterschied von einem Gumma derselben Lage. Wenn die Symptome besonders auf eine grössere Irritationsstelle mit nur oberflächlicher Erkrankung hinweisen, so kann die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Diese locale Meningitis ist wahrscheinlich häufiger in der Convexität, als es bei einer Neubildung der Fall ist und sie kommt daselbst bestimmt seltener vor als an der Gehirnbasis. In der letzteren Situation werden die bedeutsamsten Symptome erzeugt durch Affection der Schädelnerven und die erheblichsten diagnostischen sind hinreichend bekannt. Die therapeutische Prüfung ist nur in frischen Fällen von Meningitis von Nutzen. Hat die Entwicklung des neuen Gewebes in Fasern begonnen, so scheint dies trotz Behandlung weiter zu schreiten, und die unvermeidliche Narbencontraction kann den im activeren Stadium verursachten Schaden dauernd erhalten. In einem Falle von Herdmeningitis, welche durch einige Monate angedauert hat, wurden die Symptome, obwohl jene nachträglich als syphilitische erkannt werden kann, im Allgemeinen nur wenig beeinflusst durch eine antisyphilitische, wenn auch energische Behandlung.

1000. ***Zur Bandage des Hodens bei Epididymitis.*** *Von J. v. Rustizky. (Monatsschr. f. ärztl. Polytechnik. III. Jahrg. Nr. 7. — Prag. med. Wochenschr. 1889. 34.)*

Für das vom Verf. empfohlene neue Verfahren sind nothwendig: 1. Zwei Flanellbinden, jede 3—$3^1/_2$ Cm. breit und 1 Meter lang. 2. Zwei kreisförmige Ausschnitte von Flanell und einer von Guttaperchapapier. Der Diameter dieser Ausschnitte muss um 5—6 Cm. grösser sein, als der Umfang des nach unten abgezogenen Hodens. Das Anlegen selbst wird folgendermassen bewerkstelligt: Der Hode wird nach unten heruntergezogen; das Scrotum mit dem Samenstrange wird oberhalb des Hodens mit dem Zeigefinger und Daumen fest umfasst; mit diesen beiden Fingern hält man auch das eine Ende der Binde, mit welcher man zuerst kreisförmige und dann spiralförmige Touren macht, so lange, bis der Hoden ganz abgezogen ist. Das andere Ende der Binde befestigt man mit einem dünnen Band, das darangenäht ist. Nun legt man den Guttaperchaausschnitt zwischen die beiden Flanellausschnitte. Die nun aus drei kreisförmigen Ausschnitten entstandene Scheibe legt man mit dem Centrum an den unteren Theil des Hodens an und der peripherische Theil wird ausge-



breitet in der Art, wie die Apotheker das zugepfropfte Ende der Medicinflasche mit dem Papier bewickeln. Die Peripherie der Scheibe darf nicht höher hinaufreichen, wie die kreisförmigen Touren; noch besser ist's, wenn sie ihren Schluss vor den oberen Touren erreicht. Die Scheibe wird je nach dem Falle so fest angelegt, als es gerade nothwendig ist, und mit der zweiten Binde umwickelt; hierbei fängt man von oben an und geht in Spiraltouren über die Scheibe nach unten. Die Binde muss glatt liegen, wie eine Fersenbandage. Statt zweier Binden kann man auch eine benutzen in der Länge von $1^1/_2$—2 Meter. Nur muss man die Scheibe von der Peripherie aus anschneiden, damit die Binde von innen aus um die Scheibe herumgehen soll. Der Einschnitt muss so gross sein, wie die Breite der Binde. Diese Bandage hat alle Vorzüge der *Frick*'schen, ohne die Mängel derselben zu haben. Das Anlegen ist sehr leicht und nach einmaligem Versuch können die Patienten sie selbst anlegen und wechseln, so oft, als ihnen gerade wünschenswerth erscheint. Nach ihrem subjectiven Gefühl können sie diese fester oder loser binden. Das Wasser verdirbt sie nicht, und wenn nöthig, kann man auch auf die Binde eine Eisblase legen. Das Guttaperchapapier ist nicht nothwendig, wenn man keine Erwärmung der Hoden wünscht; eine Flanellscheibe genügt schon; trägt der Patient ausserdem ein Suspensorium, so kann er bequem herumgehen. Die Indicationen für diese Bandage sind dieselben, wie die zum *Frick*'schen Verbande.

1001. ***Zur Pellagrafrage.*** *Von Prof. Ernst Schwimmer in Budapest. (Orvosi Hetilap. 1889. 20. — Pest. med.-chir. Presse. 1889. 31.)*

Von Dr. *Takács* erschien im Orvosi Hetilap ein Artikel, der zu beweisen sucht, dass die Pellagra auch in Ungarn vorzukommen pflegt. Es wäre nicht unmöglich, dass die von italienischen und französischen Autoren angeführten ätiologischen Momente, als Elend, schlechte Ernährung, verfaulter Mais, wie überhaupt der übermässige Genuss von Mais Pellagra herbeiführen würden. *Winternitz*, der sich in italienischen Krankenhäusern eingehender mit der Pellagra befasste, kam zu dem Schlusse, dass sie eigentlich keine einheitliche Krankheitsform bilde. Das Erythem der Extremitäten ist nicht die einzige Veränderung der Haut, oft sieht man eczematöse, herpetische, ecthymatöse Formen. Die Verrücktheit, als eine Enderscheinung der Pellagra, möchte *Schwimmer* nicht acceptiren, da selbst italienische Autoren zwischen den Affectionen der Haut und des Darmes und der Hirnerkrankung keinen causalen Nexus herzustellen vermochten. Was nun die Pellagra in Ungarn betrifft, so führen einige französische Autoren Rumänien und Ungarn als solche Länder an, wo Pellagra in Folge Maisgenusses epidemisch vorkommt. Verf. forderte bereits im Jahre 1874 seine ungarischen Collegen auf, sie möchten ihre einschlägigen Beobachtungen mittheilen. Auf *Takács*'s Artikel übergehend, muss *Schwimmer* gestehen, dass *Takács* ihn nicht davon zu überzeugen vermochte, dass die Pellagra in Ungarn wirklich als specifische Erkrankung existirt. Die Beobachtungen von *Takács* bezeugen nur soviel, dass er erythematöse Formen epidemisch auftreten sah. Dass solche zuweilen zu einer Zeit und massenhaft vorkommen, ist bekannt. Arbeiter, die ihre unbedeckten Körpertheile zur Sommerszeit grösserer Wärme, oder den Sonnen-

strahlen aussetzen, weisen derartige Formen, ja sogar Entzündungen häufiger auf. Auch die Behauptung, dass schlechte Nahrung, oder gar der Genuss von Mais mit dieser Erkrankung in directem Zusammenhange stünde, lässt sich nicht so ohne weiters hinnehmen. *Landouzy*, der sich am eingehendsten mit der Pellagra beschäftigt, leugnet geradezu den Einfluss des Maisgenusses. Was die Diarrhoe betrifft, so wird dieselbe in den *Takács*'schen Fällen nicht als sehr schwere hingestellt. *Devergie* behauptet, sie wäre sehr heftig und mehr minder hartnäckig. Doch wäre es auch nicht besonders auffällig, wenn sich die Diarrhoe, die zur Sommerszeit beim Landvolke so häufig vorkommt, als Begleiterscheinung dem Hautübel beigesellt hätte. Am auffälligsten jedoch ist, dass die *Takács*'schen Fälle so rasch heilten. Eines solch raschen und günstigen Ausganges erwähnen die ausländischen Autoren nicht. Im Allgemeinen wird die Pellagra als schwere Erkrankung beschrieben, die Monate, ja Jahre lang andauert. Die Möglichkeit der Heilung ist wohl nicht ausgeschlossen, doch eine seltene. Nach alledem möchte *Schwimmer* die mitgetheilten Fälle nicht als irgend eine specifische Erkrankung bezeichnet wissen, und da die Pellagra selbst in jenen Ländern, wo sie als endemische Krankheit Jahrzehnte hindurch figurirte, allmälig an Dignität verliert, so erscheint es vielleicht überflüssig, in Ungarn eine neue Krankheitsform einzubürgern.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1002. ***Ueber die Fettmenge in den Fäces.*** *Von Dr. G. Muzzi. Aus der med. Klinik des Prof. E. de Renzi. (Rivista clin. e terap. 1888. November. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 32.)*

Unter normalen Bedingungen enthält der Koth 9—10 Proc. Fett. Unter pathologischen Verhältnissen erfährt dieser mittlere Werth ausserordentliche Veränderungen, wie das Ergebniss von 52 sehr genauen Untersuchungen ergibt: 1. Die Krankheiten, in welchen der Fettgehalt des Kothes am höchsten steigt, sind die der Leber, welche mit Cholämie und intestinaler Acholie einhergehen. Die Lebererkrankungen, bei welchen die Galle mehr oder weniger reichlich in den Darm abfliesst, wie bei der gewöhnlichen Lebercirrhose, sind von keiner auffallenden Aenderung im procentischen Fettgehalt des Kothes begleitet. In einem Falle von hypertrophischer Lebercirrhose mit Icterus erreichte der Procentgehalt den unerhörten Werth von 52·592 Proc. In einem Falle von Icterus catarrhalis enthielt der Koth 29·74 Proc.; nach Heilung der Krankheit und Rückgang des Icterus war 12·204 Proc. Fett. 2. Acute Darmerkrankungen führen zu einer beträchtlichen Vermehrung des Kothfettes. Es ergab sich bei zwei diesbezüglichen Individuen in 5 Einzeluntersuchungen der mittlere Gehalt von 25·388 Proc. Chronische Darmleiden zeigen dagegen eine sehr geringe Vermehrung des Fettabganges. Bei



3 Kranken war das Mittel aus 4 Einzelanalysen 10·613 Proc. Bei 5 Individuen mit normaler Magendarmverdauung betrug die Ziffer 9·486 Proc. Mit Rückbildung der acuten Darmleiden sinkt der Fettverlust im Koth; so sank er in einem Falle von Typhlitis und Perityphlitis von 31·358 Proc. (Mittel aus 2 Analysen) auf 10·408 Proc. nach der Heilung. 3. Krankheiten des Peritoneum können gemäss zwei Beobachtungen (chronische und subacute Peritonitis) zu hochgesteigertem Fettverlust im Koth führen; 23·412 Proc. 4. Arzneimittel, welche bei innerlicher Darreichung die Reaction des Darminhaltes verändern, vermögen den Fettgehalt des Kothes beträchtlich zu vermindern; so sank dieser nach Eingabe von 15 Grm. Natr. bicarbon. bei einem Manne mit Lebercirrhose um 11·072 Proc. im Mittel; nach Eingabe von 12 Grm. Acid. tartaric. bei 2 Individuen mit demselben Leiden um 8·97 Proc. im Mittel. Naphthalin (2 Grm.) hingegen führte in einem Versuche bei Ileotyphus eine Zunahme des Kothfettes um 5·324 Proc. herbei. 5. Die Einführung der Milchdiät an Stelle der gewöhnlichen Nahrung und umgekehrt hat keine auffallenden Veränderungen im Fettgehalt des Kothes zur Folge. Mit der Darreichung von 90 Grm. Aether stieg bei 3 Individuen der letztere; und zwar in dem Falle von Typhlitis um 20·185 Proc.; bei den beiden anderen Kranken (Icterus, Emphysema pulmonum) um 2·792 Proc., bezüglich 3·076 Proc.

1003. ***Die Bedeutung der Bindegewebstrümmer im Harn.*** *Von Dr. C. Heitzmann, New-York. (Wiener med. Blätter. 1889. 8. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 33.)*

Während man bisher fast nur gewöhnt ist, das Auftreten von Bindegewebsfetzen im Harn zu beachten, wenn es sich um die Diagnose der Blasentumoren handelt, erinnert *Heitzmann* daran, dass Bindegewebstrümmer im Harn häufig auch sonst vorkommen und dass, da ihr Ursprung nur aus tiefergreifenden Vorgängen herrührt, solche Trümmer Werth haben für die Diagnose auf Traumen, Abscessbildung, Verschwärung, Blutung und Geschwulstbildung. Unter den Traumen hat *Heitzmann* in reicher, vieljähriger Erfahrung am häufigsten die mechanische Verletzung des Scheideneinganges bei Masturbation und Risse am Cervix der Gebärmutter gefunden. In der grossen Mehrzahl ist der Harn von einer Person weiblichen Geschlechtes herrührend leicht zu unterscheiden von dem Urin des Mannes durch die Anwesenheit von Vaginalepithelien aus den oberen Schichten; zwar haben Mädchen jeden Alters mit völlig unberührten und gesunden Genitalien in ihrem Harne keine Scheidenepithelien, doch die geringste Leucorrhoe, welche bei vielen Mädchen, bei den meisten verheirateten Frauen und nach Entbindungen fast immer besteht, lässt diese Epithelien sich dem Harne beimischen; einzelne Epithelien von der Grösse der vaginalen haben keinen Werth zur Unterscheidung, da auch die Blase des Mannes am Blasenhalse Plattenepithelien von der Grösse der vaginalen aufweist. Zahlreiche Epithelien aus allen Schichten der Vagina mit reichlichen Eiterkörperchen zeigen eine intensive catarrhalische oder blennorrhoische Vaginitis an; treten noch Bindegewebstrümmer hinzu, so ist an Ulceration in der Vagina, Follicularverschwärung zu denken. Wenige vaginale und zahlreichere cervicale Epithelien



mit wechselnden Mengen von Eiterkörperchen und Bindegewebstrümmern regen die Vermuthung auf ein Geschwür, eine Excoriation am Cervix oder auf einen Cervicalriss. Wenn neben Vaginalepithelien dünne, mit Fetttröpfchen belegte Epidermalschuppen in grösserer Menge vorgefunden werden, welche von den Nymphen herrühren, wenn nebst Eiterkörperchen auch Epithelien der *Bartholini*'schen Drüsen vorhanden sind und endlich, wenn sich Bindegewebsfetzen nachweisen lassen, dann handelt es sich um die Folgezustände von mechanischen Insulten am Scheideneingang, um Masturbation. Ulcerative Processe der männlichen Harnröhre sind diagnosticirbar durch anwesende Bindegewebstrümmer bei gleichzeitigem Auftreten von den grossen, birn- und säulenförmigen Epithelien der Schleimhaut der Pars membranacea. Die acute Prostatitis mit theilweiser Vereiterung bedingt die Beimischung von zahlreichen Epithelien aus der Prostata, Bindegewebstrümmern und Eiterzellen; die chronische Prostatahypertrophie nur Prostataepithelien in wechselnder Zahl. Bei der Vereiterung eines Samenbläschens zeigt das Mikroskop nebst zahlreichen Eiterzellen reichlich Samenfäden, deren Köpfchen stark vergrössert, bis zum Umfange eines Eiterkörperchens; Bindegewebstrümmer sind stets vorhanden.

1004. ***Ueber die Beziehungen der Nervenfasern zu den Nervenzellen in den Spinalganglien.*** *Von Prof.* ***Gad*** *u. Dr.* ***M. Joseph.*** *(Archiv f. Anat. u. Physiol. III.—IV. Heft. 1889. Phys. Abth.)*

Unsere Kenntnisse von dem Grade und der Natur der trophischen Abhängigkeit der Gewebe von centralen nervösen Apparaten sind äusserst mangelhafte. Vor allem ist es nöthig, den Mechanismus des trophischen Einflusses der Ganglien auf die centripetalen Fasern näher kennen zu lernen. Zweifellos ist dieser Einfluss auf eine Verbindung der Nervenfasern mit Nervenzellen der Ganglien zurückzuführen. Unbekannt waren die Verbindungen und die Stoffwechselvorgänge der Nervenzellen. Verf. fanden nun bei ihren fleissigen und instructiven Untersuchungen, dass die Nervenzellen der Spinalganglien mit bipolarer Anordnung in den Verlauf der centripetalen Nervenbahnen eingeschaltet sein müssen. Die Function dieser Nervenzellen besteht in dem trophischen Einfluss auf die mit ihnen verbundenen Nervenfasern. Ihre Verbindung mit dem Spinalganglion ist zur Erhaltung der normalen Structur und Function der centripetalen Nervenfasern erforderlich und zugleich ausreichend. Jede functionelle Erregungswelle centripetaler Nervenfasern muss im Spinalganglion eine Nervenzelle durchsetzen. Verf. lassen dahingestellt sein, ob die von ihnen gefundene Zeitdifferenz in der Reaction nach Reizungen peripher und central vom Ganglion auf Verzögerung der Erregungswelle beim Durchtritt durch das Spinalganglion oder auf einer besonderen Summation unterminimaler Reize beruht. Beim Säugethiere ist der Functionsausfall der von ihrem trophischen Centrum getrennten centrifugalen und centripetalen Nervenfasern am Ende des 2. oder am Anhange des 3. Tages zur vollen Höhe entwickelt. Die Spinalganglien werden vascularisirt hinreichend von denjenigen Gefässen, welche die Nervenstämme und Nervenwurzeln begleiten. Die Resultate, zu denen die Verf. gelangten,



werden wohl nicht sobald die unnütz ventilirte Frage der Trophik der Nervenfasern und der „trophischen Nervenfasern“ aufkommen lassen. Auch wird man wohl jetzt nicht mehr „trophische Centren“ für andere Gewebe in den Spinalganglien suchen.

v. Swiecicki.

1005. ***Zur Lehre von der Willensthätigkeit. (Ueber willkürliche Impulse und Hemmungen.)*** *Von Dr.* **Orschanski** *in Charkow. (Archiv f. Anat. u. Physiol. III.—IV. Heft. 1889. Phys. Abth.)*

Verf. stellt sich die Frage auf, in welchem Verhältnisse stehen die impulsiven, d. h. positiven Nervenprocesse zu den negativen, d. h. den Hemmungsprocessen und ob sich dieselben in verschiedenen Theilen des Nervensystems entwickeln und ihre gegenseitige Beziehung nur eine einfache Interferenz ist. Verf. studirte die durch den Willen bewirkte Muskelhemmung an einem autonomen Muskel, und zwar am M. masseter. Die Versuche des Verf. ergaben, dass sowohl die impulsive, als die Hemmungsfunction in gleicher Weise fähig sind, sich unter dem Einflusse von Uebung zu vervollkommnen. Es erstreckt sich, wenigstens in Bezug auf die Geschwindigkeit, der Einfluss des Willens auf beide motorische Functionen desselben gleichmässig. Auch ist wohl anzunehmen, dass die Bahnen, in welchen beide, das physiologische Substrat des Willens bildende Arten von Nervenwellen verlaufen, identisch sind. Aus der Gleichheit der Zeiten bei den Reactionsformen schliesst Verf. auf die anatomische Identität der Bahnen oder Bogen. Die Hemmung schwacher Impulse beansprucht mehr Zeit, als die Hemmung starker Impulse. In irgend einem Abschnitte des Nervensystems muss nach Verf. eine Wechselwirkung zwischen diesen beiden Processen stattfinden. Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen der Ansicht, dass die dualistische Theorie *Wundt's*, nach welcher mit den impulsiven Processen ein Freiwerden von lebendiger Kraft verbunden ist, bei den Hemmungsprocessen dagegen lebendige Kraft gebunden wird, nicht richtig ist. Einen essentiellen Unterschied zwischen den Impulsen und Hemmungen gäbe es nicht. *v. Swiecicki.*

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1006. ***Die Bedeutung des Kehrichthaufens und des Hofgeflügels für das Zustandekommen der Diphtherie.*** *Von Dr.* **H. Barbier.** *(Gaz. de Paris. 1889. 4. — Schmidt's Jahrb. 1889. 8.)*

Verf. macht darauf aufmerksam, wie oft Diphtherie scheinbar spontan auf dem Lande entstände, ohne dass man eine directe Ansteckungsquelle nachweisen könne. Als solche betrachtet er die an tuberculöser Diphtherie (tuberculo-diphthérie), Pips (pépie), leidenden Vögel der Wirthschaftshöfe, insbesondere die Hühner und Tauben, und weiterhin die Dünger- und Kehrichthaufen der Wirthschaftshöfe (basse-cour), welche die Abgänge der kranken Thiere enthielten. Mit dem Staube würden die sich hier häufig weiter entwickelnden Bacillen dann den Menschen zugeführt.



Auch sonst seien die Kehrichthaufen, insbesondere wegen der in ihnen befindlichen etwaigen inficirten Lumpen- und Strohtheile gefährlich. So habe *Klebs* öfters am Tage nach dem Strassenkehren Diphtherie entstehen sehen. Es werden dann verschiedene Beweise für den Zusammenhang des Pips mit der menschlichen Diphtherie gebracht. So haben *Roux* und *Zartin*, ebenso wie *Barbier* selbst in Prof. *Grancher's* Laboratorium mit den Reinculturen des *Löffler*'schen Bacillus, in gleicher Weise, wie dies auch in *Koch's* Laboratorium geschehen, Tauben inficirt. Andererseits habe man beobachtet, wie oftmals die Thiere des in der Nähe des Isolirpavillons des Kinderkrankenhauses gelegenen Wirthschaftshofes erkrankten und starben. Unter 46 anscheinend spontan entstandenen Diphtheriefällen fand *Teissier* 18mal Dünger-, bezw. Kehrichthaufen unter den Fenstern der Kranken. *Barbier* fordert schliesslich die Entfernung gährungsfähiger Dünger- und Kehrichthaufen aus der Nähe bewohnter Häuser und die strenge Beaufsichtigung der Hühnerhöfe und Taubenschläge, deren am Pips erkrankte Insassen sofort zu tödten und unschädlich zu machen seien. Bei Neuauftreten der Diphtherie in einem bisher freien Orte möge man hierauf besonders achten.

1007. ***Untersuchungen über das Verhalten der Typhusbacillen in typhösen Dejectionen.*** *Von Dr.* ***Justin Karliński.*** *(Centralbl. für Bacteriologie und Parasitenkunde. Bd. 6. 1889. 3.)*

Der Verfasser untersuchte in 21 typischen Fällen von Darmtyphus die Excremente mittelst des Plattenverfahrens und constatirte, dass die specifischen Typhusbacillen sich nie vor dem 9. Krankheitstage auf den Platten nachweisen lassen. Es gelang ihm, dieselben zweimal am 9. Krankheitstage, zweimal am 10., viermal am 12., neunmal am 14., zweimal erst am 17. und dreimal am 21. Krankheitstage charakteristische Typhuscolonien auf den Platten zu bekommen. Es wurden zu jeder solchen Untersuchung 6—10 Plattenculturen gemacht, wobei sämmtliche Arten, deren Aussehen den gesuchten Typhusbacillencolonien ähnlich war, abgeimpft und mittelst Kartoffelculturen auf ihre Identität geprüft. Die Anzahl der im Stuhl vorkommenden Typhusbacillen pflegt Anfangs nicht gross zu sein, steigt aber in der zweiten Krankheitswoche, sie wird bedeutend grösser bei etwa auftretenden Darmblutungen, um am 24. Krankheitstag gänzlich zu verschwinden. Die bacteriologische Fäcesuntersuchung leistete dem Verfasser bei Feststellung des Charakters einer in der Südherzegovina herrschenden, höchst atypischen endemischen Krankheit sehr gute Dienste, indem es ihm gelang, in 28 beobachteten Krankheitsfällen durch genügend lang ausgedehnte, tägliche bacteriologische Fäcesuntersuchung die charakteristischen Typhusbacillen im Koth nachzuweisen und somit den typhösen Charakter der Krankheit als bestimmt vorhanden zu erkennen. Um die Lebensfähigkeit der in Typhusstühlen vorhandenen Bacillen zu studiren, wurden die entleerten Typhusstühle in sterilen Gläsern aufgefangen, und nachdem dieselben theils bei Zimmertemperatur, theils in niedriger Kellertemperatur durch verschieden lange Zeit gehalten und durch Plattenverfahren je 48 Stunden geprüft, gelang es zu ermitteln: 1. dass die Typhusbacillen innerhalb der typhösen Stühle ihre Lebensfähigkeit nicht über 3 Monate erhalten, 2. dass



das Aufbewahren in verschiedener Temperatur keinen nennenswerthen Einfluss auf die Dauer ihrer Lebensfähigkeit ausübt, 3. dass das Vorhandensein von Gelatine verflüssigenden proteusartigen Stäbchenbacterien im Koth sehr störend auf die Lebensfähigkeit einwirkt, indem bei deren Anwesenheit die im Koth enthaltenen Typhusbacillen schon nach 10—16 Tagen sämmtlich zu Grunde gingen. Die Anzahl der vorhandenen Typhuskeime pflegt sich bei Abwesenheit proteusartiger Bacterien Anfangs wesentlich zu vermehren, sinkt aber schon im zweiten Monat bedeutend herunter. Mischt man bacterienreiche Canaljauche mit typhösen Stühlen, so gehen die Typhusbacillen nach 48 Stunden zu Grunde, wogegen bei Zugabe von gewöhnlichen Fäces zu typhösen Stühlen die Typhusbacillen noch über 5 Wochen nachweisbar waren. Durch verschiedenartige, im Original zu ersehende Combinationen des Versuches gelang es festzustellen, dass, je mehr Canaljauche oder Wasser den typhösen und mit Senkgrubenfäces gemengten Stühlen zugesetzt wird, desto eher die Typhusbacillen zu Grunde gehen. Eine Zugabe von 20 Grm. pulverisirten gebrannten Kalkes zu 10 Grm. typhösen Stuhles hob die Lebensfähigkeit der Typhusbacillen schon nach 48 Stunden auf.

O. R.

1008. ***Ueber den Kohlensäuregehalt der Inspirationsluft*** hat ***K. Lehmann*** in Würzburg einen Vortrag nach Versuchen eines seiner Schüler gehalten, dem das Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. 1889. 18, die folgenden interessanten Daten entnimmt:

Die Annahme, dass die Inspirationsluft gleiche Zusammensetzung mit der Zimmerluft, resp. Luft im Freien habe, hat nur beschränkte Giltigkeit, denn die Exspirationsluft mischt sich der umgebenden Luft bei und diffundirt, wie die Versuche zeigen, nur langsam. Nach Einhaltung bestimmter Versuchsanordnung liessen sich folgende Ergebnisse ermitteln: 1. Der Kopf der Versuchsperson liegt auf einem Kissen; Inspirationsluft 1 Cm. über der Nasenspitze entnommen. Zimmerluft 1·13 pro Mill., Inspirationsluft 2·53 pro Mill. Kohlensäure. 2. Kopf tief in die Kissen gedrückt, Luftentnahme 1 Cm. über der Nasenspitze. Zimmerluft 1·40 pro Mill., Inspirationsluft 6·78 pro Mill. Kohlensäure. 3. Versuchsperson sitzt frei; Luftentnahme 1 cm. unter der Nasenspitze. Inspirationsluft 6·94 pro Mill., Zimmerluft 4·33 pro Mill. Kohlensäure. Es war letztere absichtlich durch Anzünden von Gasflammen verunreinigt. 4. Versuchsperson sitzt frei; Luftentnahme 1 cm. unter der Nasenspitze. Zimmerluft 1·43 pro Mill., Inspirationsluft 2·61 pro Mill. Kohlensäure. Die Diffusion der Kohlensäure ist also eine viel langsamere, als man sich gewöhnlich denkt. Wir athmen also in unsern Räumen stets eine Luft ein, welche 5 bis 6 pro Mill. Kohlensäure enthält, circa 10 Proc. Expirationsluft wird bei jeder Inspiration wieder mit in die Lungen gesaugt.

1009. ***Aus dem Gutachten des k. k. Obersten Sanitätsrathes in Wien über die Sodawasser-Erzeugung.***

Das eingehend motivirte Gutachten. gelangt zu folgenden Postulaten: 1. Mit Rücksicht auf die gepflogenen Erhebungen ist es als Bedürfniss zu bezeichnen, dass im Verordnungswege



durch besondere Bestimmungen den sanitären Anforderungen, welche bei Erzeugung, Füllung und Verschluss des Sodawassers zu beobachten sind, entsprochen werde. 2. Es genügt nicht, hierbei blos auf die Verunreinigung des Sodawassers mit giftigen Metallen Bedacht zu nehmen, sondern es ist auch die Qualität des zur Sodawassererzeugung in Verwendung kommenden Wassers zu berücksichtigen, weshalb die Betriebsgenehmigung erst auf Grund besonderer Vorschreibungen ertheilt werden sollte. 3. Sowohl das zumeist aus Kupfer hergestellte Mischgefäss, in welchem die Imprägnirung des Wassers mit Kohlensäure vorgenommen wird, wie alle zu- und von demselben abgehenden Verbindungsröhren und das Röhrenwerk selbst müssen mit Feinzinn ohne jeden Bleizusatz verzinnt sein und die Verzinnung in stets gutem Zustande erhalten werden; insbesondere darf das vom Mischgefässe zum Füllapparate gehende Verbindungsrohr weder aus Blei, noch aus Zink und auch nicht aus zinkhältigem vulcanisirten Kautschuk bestehen. 4. Die zum Flaschenverschlusse verwendeten Metallköpfe dürfen aus einer höchstens 10 Procent Blei hältigen Legirung dargestellt werden. 5. Die bisher in Verwendung stehenden Flaschenverschlüsse, welche den vorstehenden Anforderungen nicht genügen, müssen innerhalb der nächsten zwei Jahre ausser Gebrauch gesetzt werden. 6. Das Vorräthighalten des Sodawassers im Mischgefässe ist zu verbieten, der Erzeuger aber zu verpflichten, das Mischgefäss nach jedesmaliger Unterbrechung des Betriebes vollständig zu entleeren und vor der neuerlichen Betriebsaufnahme mit reinem Wasser auszuspülen. 7. Eine besondere Aufmerksamkeit ist der Reinhaltung der Sodawasserflaschen zu widmen, und sind solche Flaschen, in welchen sich an den Wandungen oder am Boden Niederschläge abgesetzt haben, als sanitätsbedenklich zu beanständen.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1010. *Einige Worte über die reglementirte Prostitution in Kiew und über die sexuelle Hygiene.*

Von Professor Dr. ***Aug. Forel*** *in Zürich.*

(Correspondentblatt für schweiz. Aerzte. 1889. 1. September.)

Verf. hat die Petition an den Züricher Regierungsrath für „Aufhebung der staatlichen Duldung und Regulirung der Prostitution“ mit unterzeichnet. Da man nun die in mehreren Theilen Europas, sowie in der Schweiz, sich manifestirende Bewegung, deren Folge jene Petition ist, besonders von ärztlicher Seite vom Standpunkte der öffentlichen Hygiene bekämpft, indem die staatliche Aufsicht und Reglementirung als einziges Mittel gegen die Verbreitung der Syphilis gepriesen wird, entgegnet *Forel* darauf hinweisend, dass, um eine solche eingreifende Massregel



zu entschuldigen, die Wirksamkeit derselben wenigstens statistisch erwiesen sein sollte. Neuere sorgfältige ärztliche statistische Untersuchungen von Dr. *Giersing* in Kopenhagen und Dr. *Nicolsky* in Kiew gelangen jedoch zu entgegengesetzten Resultaten. Bezüglich der von *Forel* aus den genannten Publicationen entnommenen Belege verweisen wir auf das Original. So spricht sich u. A. eine bezügliche Commission der ärztlichen Gesellschaft von Kiew (gewählt am 16. November 1887) in folgender Weise aus: „Nachdem die Commission von dem Gesundheitszustande der controlirten Prostitution in Kiew Kenntniss genommen und durch die statistischen Zusammenstellungen des Dr. *Nicolsky* die Ueberzeugung gewonnen hat, dass trotz der Gesundheitsatteste immer ungefähr die Hälfte (43·2 Proc.) der controlirten Prostituirten den mit ihnen geschlechtlichen Umgang habenden Männer die Syphilis und zum Theil den weichen Schanker übertragen können; in Anbetracht auch, dass der höchste Procentsatz von syphilitischen Frauen — gleichfalls mit Gesundheitsattesten versehen — sich in der controlirten Prostitution findet, welche unter specieller Aufsicht der polizeiärztlichen Comités in St. Petersburg und in Moskau steht (47, 42 bis 51 Proc.), hat die Commission einstimmig anerkannt: 1. dass die gegenwärtig in Kiew übliche Einschreibung der Prostituirten ihren Zweck nicht erreicht; 2. dass es keinen hinreichenden Grund gibt, um die Regulirung der Prostitution in ihrer jetzigen Form beizubehalten. 3. Mit einer Mehrheit von 7 Stimmen gegen 2 hat sich die Commission auch für vollständige Abschaffung der Regulirung der Prostitution ausgesprochen."

So die Statistik.

Wenn aber von anderer Seite die angebliche „Nervosität", resp. psychische Erregbarkeit, Abspannung etc., welche die Keuschheit nach sich ziehen soll, als ein Hauptargument zur Vertheidigung der staatlichen Fürsorge für weiberbedürftige Männer herangezogen wird, so berührt man damit das Gebiet der Psychiatrie. Zunächst betont nun *Forel*, dass, wenn *Giersing* und *Nicolsky* Recht haben, wenn die syphilitischen Erkrankungen durch die Staatsfürsorge keineswegs verringert werden, das zweite Argument ebenfalls wegfällt; denn wenn die freie Privatprostituirte nicht gefährlicher ist, als die Bordell- oder Polizeisclavin, so ist die letztere zum Vollzug der „ärztlichen Anordnung" nicht nöthig. Verf. spricht von der „ärztlichen Anordnung", weil er in seiner ärztlichen Laufbahn von zahlreichen jungen Neurasthenikern und Hypochondern consultirt worden, welche früher keusch waren, erst auf ärztliche Anordnung hin Bordelle besuchten und vielfach dort venerisch angesteckt, jedoch weder von Neurasthenie noch von Hypochondrie curirt wurden. Einen irgendwie nennenswerthen Erfolg von dieser Therapie hat er selbst nie beobachtet. Er findet dagegen, dass der ausposaunte angebliche Schutz gegen Syphilis verbunden mit den zahllosen Lockungsmitteln, welche die in diesen Geschäften pecuniär interessirten Personen zur Vermehrung ihrer Kundschaft anwenden, die Zahl der sich prostituirenden jungen Männer ungeheuer steigert. Es bildet sich unter denselben allmälig die „Suggestion", dass die Keuschheit ein unmögliches Unding sei, dass ein keuscher Jüngling kein „Mann" sei u. dergl. mehr. — Zwar liefert überall die Land-



bevölkerung den Beweis, dass ohne regulirte Prostitution und ohne Prostitutionshäuser die Männer existiren und gesund bleiben, sogar viel gesunder werden können. Es beweisen ferner zahlreiche Einzelfälle (Monate und Jahre langer Aufenthalt auf Kriegsschiffen, Red.), dass die Keuschheit ohne Nachtheil für die Gesundheit bestehen kann. — Doch wird dies meist ignorirt.

Die Prostitution ist ferner kein Heilmittel gegen die Onanie. Beide bestehen sehr oft neben einander. Ueber das Capitel der Onanie wird furchtbar viel gefaselt. Es gibt zunächst Einbildungsonanisten, welche entweder sehr selten oder nie onanirt haben, sich aber der Onanie beschuldigen und sich deshalb verloren glauben. Es sind dies arme, meist hereditär belastete Psychopathen, bei welchen die Onanie ganz nebensächlich, die Hypochondrie, d. h. die geistige Abnormität dagegen die Ursache des Uebels ist. Zweitens gibt es Onanisten, die an angeborner conträrer Sexualempfindung leiden und somit ebenso aus psychischer Abnormität onaniren. Drittens gibt es durch Beispiel verführte, viertens durch Frühreife und krankhaft gesteigerten Sexualreiz selbst zur Masturbation getriebene Onanisten und endlich fünftens durch mangelhafte Gelegenheit, ihren Sexualtrieb zu stillen, erzeugte sogenannte Nothonanisten.

Wird die Onanie in sehr jungem Alter und im Uebermass getrieben, so ist ihre bedeutende Schädlichkeit nicht zu leugnen. Bei normalen Kindern dürfte sie jedoch durch gute Aufsicht und in gewissen Fällen durch rechtzeitige Phimosenoperation zu vermeiden sein. Thatsache ist es aber, dass trotz der enormen Verbreitung und Intensität der Onanie sie nur selten und nur in den erwähnten schwereren Fällen schadet. *Forel* betont, dass bei weitaus den meisten Fällen, wo sich die Onanie mit nervösen Symptomen combinirt, sie nicht Ursache, sondern Mitsymptom ist.

Thatsache ist es aber ferner, dass der Geschlechtsreiz durch vermehrte Befriedigung sich steigert, zu einem immer häufigeren Bedürfniss wird. Das erklärt die weitere Thatsache, dass, wie eben gesagt, sehr viele Excedenten daneben noch onaniren oder nächtliche Pollutionen haben. Durch Erhöhung des Anreizes erhöhen somit die Prostitutionshäuser die Prostitutionsgewohnheiten.

Nie hat *Forel* eine durch Keuschheit entstandene Psychose, wohl aber zahllose solche gesehen, die die Folge von Syphilis und Excessen aller Art waren. Wenn ein sonst keuscher junger Mann in seiner Unkenntniss über sexuelle Verhältnisse den Arzt consultirt und bei ihm über vielleicht alle 8 Tage, vielleicht sogar alle 3 oder 4 Tage wiederkehrende nächtliche Pollutionen oder über ebenso häufige Nothonanie klagt, wird man ihm nun empfehlen, sich zu prostituiren und dabei die Verantwortung für seine wahrscheinliche venerische Infection, wenn nicht am häufigsten mit Syphilis, so doch mit Gonorrhöe übernehmen? Entschieden „Nein“!

Selbst der einfache Tripper ist viel gefährlicher als gewöhnlich angenommen wird und rächt sich oft im späteren Alter, von Frau und Kindern nicht zu sprechen. Man verweise die Onanie und beruhige vollständig über die nächtlichen Pollutionen. Nach dem Gesagten mögen noch einige sexuelle Neurastheniker übrig



bleiben, welche, durch Pollutionen stark aufgeregt, im normalen sexuellen Umgang Erleichterung finden; dieses soll nicht geleugnet werden, genügt aber nicht, um die Staatsprostitution und alle die damit verbundenen Schändlichkeiten und Schäden zu rechtfertigen.

Für den jungen Mann ist bis zu seiner Verehelichung die Keuschheit nicht nur ethisch und ästhetisch, sondern auch der Prostitution gegenüber hygienisch das Zuträglichste. — Viele bringen es nicht fertig aus diesem oder jenem Grunde, die meisten wegen Verführung. Soll man deshalb noch die übrig bleibenden ärztlich zwingen, sich zu prostituiren, wie es leider oft geschieht?

Der Staat soll die Kuppelei und alle Anreizungen zur Unsittlichkeit strenge bestrafen, die freie und private Prostitution dagegen ignoriren, so lange sie kein öffentliches Aergerniss hervorruft. Das Recht, Frauen, die sich prostituiren, unter Polizeicontrole zu stellen oder in Toleranzhäuser einzusperren, hat er aber nicht, abgesehen davon, dass er damit in letzter Instanz hygienisch mehr schadet als nützt. Wenn eine ethisch defecte Dirne durch fortgesetzte Erregung öffentlichen Aergernisses eingesperrt werden muss, so gehört sie in eine weibliche Correctionsanstalt, nicht aber in ein Toleranzhaus.

Literatur.

1011. ***Die Hallucinationen im Muskelsinne bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung.*** *Von Dr. **A. Cramer**, Freiburg i. B. Freiburg. Mohr. 1889.*

Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe, verschiedene zum Theile bisher wenig oder gar nicht untersuchte Symptome der Paranoia einer genauen klinischen Prüfung zu unterziehen und darzuthun, dass sich diese Symptome nicht nur theoretisch unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte betrachten lassen, sondern dass namentlich auch einzelne dieser Symptome eine praktische Bedeutung beanspruchen dürfen, insoferne dieselben für die Prognose nicht unwichtige Anhaltspunkte gewähren. Die hochinteressante Arbeit des Verfassers beweist, wie sehr derselbe seiner Aufgabe gerecht geworden ist. Das Buch besteht aus einem theoretischen und einem casuistischen Theile; der erstere enthält nebst allgemeinen Bemerkungen über den Muskelsinn sehr instructive Besprechungen über die Hallucinationen im Muskelsinn des locomotorischen Apparates, des Sprachapparates und der Augenmuskeln. Die klinischen Beobachtungen des zweiten Theiles behandeln Fälle von *a)* isolirtem Auftreten von Gedankenlautwerden, *b)* von isolirtem Auftreten von Zwangsvorstellungen, *c)* von alternirendem Auftreten von Zwangsvorstellungen, Gedankenlautwerden und Zwangsreden, *d)* alternirendem Auftreten aller der genannten Symptome nebst Zwangsbewegungen, -Stellungen und -Handlungen. Ausserdem noch Hallucinationen und Illusionen des Gesichts. Seine Studien und Erfahrungen resumirt Verf. folgendermassen: Die Symptome, welche sich zufolge der theoretischen Betrachtungen auf eine Hallucination im Muskelsinne zurückführen lassen, haben das Gemeinsame, dass sie hauptsächlich



bei acutem oder subacutem Verlaufe der Paranoia dauernd in den Vordergrund treten. Unter diesen Symptomen sind es das Gedankenlautwerden und das Zwangsreden, welche bei länger dauerndem Bestehen eine deletäre Wirkung entfalten können. Es gibt paranoische Kranke, bei welchen ganz isolirt das Gedankenlautwerden das Krankheitsbild beherrscht. Es gibt paranoische Kranke, bei welchen Zwangsvorstellungen, Gedankenlautwerden und Zwangsreden in stetem Wechsel isolirt im Vordergrunde der Erscheinungen stehen. In der Form der Paranoia, bei welcher hauptsächlich die sogenannten katatonischen Erscheinungen in's Auge fallen, scheint das Gedankenlautwerden stets vorhanden zu sein, und einen nicht geringen Antheil an dem öfters ungünstigen Ausgang der Krankheit zu haben. Referent kann die schöne Arbeit *Cramer's* jedem denkenden Arzte, auch wenn er sich nicht mit Psychiatrie befasst, auf das Wärmste empfehlen. *v. Buschman.*

1012. ***Le massage de l'uterus.*** *Von Dr. G. Norström. Paris. Lecrosnier. 1889.*

Verf. hat bei *Brandt* in Stockholm studirt und seine dort gemachten Erfahrungen bei seiner Pariser Clientel praktisch zu verwerthen gesucht, wobei ihm die Doctoren *Paquelin* und *Péan* hilfreich zur Seite standen. Im zweiten Abschnitte schildert er die Wege, welche die Massage zu machen hatte, um in der Gynäcologie zu ihrer jetzigen Bedeutung zu gelangen. Das dritte, vierte und fünfte Capitel sind der Besprechung der verschiedenen Formen der Metritis und der hierbei durch die Massage zu erzielenden Erfolge gewidmet. Zwei weitere Abschnitte behandeln die Dysmenorrhoe in ihrer mannigfachen Erscheinungsform. Das achte Capitel bespricht die Endometritis fungosa haemorrhagica; das neunte die übrigen uterinen Affectionen, bei welchen von der Massage günstige Beeinflussung zu erwarten ist. In einem Schlusscapitel wird die Technik des vom Verf. nach *Brandt's* Vorgange geübten Verfahrens besprochen. Das Buch, welches in jeder Hinsicht auf französischen Ansichten und Verhältnissen fusst, wird auf deutschem Boden, wo so manch tüchtiges und originelles Werk über Massage erschien, schwer festen Fuss fassen können. Der Gynäcologe wird übrigens gut thun, das Werkchen — es ist 214 Seiten stark — durchzusehen, und sei es auch nur, um die in Paris geläufigen Ansichten über dieses so moderne Thema kennen zu lernen.

v. Buschman.

1013. ***Klinisches Recept-Taschenbuch für praktische Aerzte.*** *Sammlung der an den Wiener Kliniken gebräuchlichsten und bewährtesten Heilformeln. XI. vollständig umgearbeitete Auflage. Urban & Schwarzenberg. Wien und Leipzig 1890. 268 S. Klein 8°.*

Das vorliegende klinische Recepttaschenbuch, wegen der Reichhaltigkeit des Inhaltes schon längst ein beliebtes Vademecum des Praktikers, wurde in der vorliegenden neuen Auflage wieder gemäss den Fortschritten der medicinischen Praxis wesentlich ergänzt und verbessert. Nicht nur wurden mehrere Krankheitsformen und Receptformeln neu aufgenommen, sondern auch die neuen in die Praxis eingeführten Medicamente an verschiedenen Stellen eingehend berücksichtigt; in der Uebersicht der officinellen sowie der wichtigeren nicht officinellen Arzneimittel (Doc. Dr. *J. Nevinny*) ist auch schon der neuen österreichischen Pharmacopoë vom Jahre 1890 und der neuen deutschen Pharmacopoë (1882) Rechnung getragen. Das folgende Verzeichniss möge den Leser über den Inhalt des äusserst handlichen Büchleins belehren: *A.* Alphabetisches Register zu den Recept-



formeln. 1. Receptformeln nebst therapeutischen Winken. 2. Anhang: *a*) Zu subcutanen Injectionen gebräuchliche Medicamente und ihre Dosirung (*A. Eulenburg*); *b*) Zu Inhalationen gebräuchliche Medicamente und ihre Dosirung; *c*) Tropfen-Tabelle. 3. Antidota (*Th. Schlosser*). 4. Cosmetica. 5. Uebersicht der officinellen sowie der wichtigeren nicht officinellen Arzneimittel, ihre Dosirung und Anwendung (*J. Nevinny*). 6. Maximaldosen für Erwachsene, welche nach der neuen österreichischen Pharmacopoë (1890) und nach der neuen deutschen Pharmacopoë (1882) zum innerlichen Gebrauche nicht überschritten werden dürfen, ohne dass der Arzt ein (!) hinzufügt. 7. Reduction der Normaldosen für Kinder und Greise. 8. Explosive und detonationsfähige Arzneimischungen. 9. Approximative Berechnung des Inhaltes der üblichen Löffel. 10. Körperlänge und Körpergewicht. 11. Längenwachsthum und Gewichtszunahme des gesunden Kindes. 12. Die normale Dentition. 13. Qualitative Harnprüfung. 14. Indicationen der Syphilisbehandlung. 15. Indicationen zu geburtshilflichen Eingriffen. 16. Die Bade- und Curorte nach ihrer Charakteristik alphabetisch geordnet. 17. Verzeichniss der wichtigeren Bäder und Curorte. 18. Künstliche Bäder. 19. Schwangerschaftskalender. 20. Sehproben. 21. Vergleichungen der gebräuchlichen Thermometerscalen.

—*r*.

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1014. ***Ueber Wechselbeziehungen zwischen Magen- und Darmverdauung.*** *Von Dr. J. Boas. Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin am 24. Juni 1889. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 36.)*

Die bisherigen Untersuchungen über die Vorgänge bei der Duodenalverdauung sind theils an Thieren, theils an Fistelträgern angestellt und können deshalb nur mit Vorsicht auf die normalen Verdauungsvorgänge beim Gesunden übertragen werden. Wie *Boas* indess gefunden hat, kann man sich durch eine einfache Methode bei einer grossen Zahl Gesunder und Kranker Darmsaft in Quantitäten verschaffen, welche die Möglichkeit geben, sich über den Ablauf der Darmverdauung im Einzelfalle leicht zu unterrichten. Man lässt zunächst bei nüchternem Magen exprimiren oder aspirirt, wodurch man sich davon überzeugt, ob der Magen leer ist, bezw. ob Flüssigkeit und von welcher Beschaffenheit darin vorhanden ist. Bei leerem Magen kann durch Massage in der Gallenblasen- und linken Leberlappengegend Darmsecret in den Magen geschafft werden, da der Sphincter pylori nach dem Magen zu leicht durchbrochen werden kann. Der hierdurch in den Magen ergossene Darmsaft kann dann durch die Sonde am besten bei horizontaler Lage des Patienten gewonnen werden. Findet sich bereits Darmsaft im Magen, so kann derselbe ohne weiteres aspirirt werden. Die hierbei zuweilen vorkommende störende Beimischung von Magensecret mit Darmsaft kann man durch möglichst schnelle Alkalisirung des Gemisches mit verdünnter Sodalösung aufheben. Noch besser ist es, nachdem man sich durch eine kleine Probeentnahme von der Beimischung von Magensaft überzeugt hat, 100—150 Ccm. 1%iger Sodalösung in den Magen zu giessen und 10 Min. später den Gesammtmageninhalt zu aspiriren. Das Gemisch, welches jetzt in der Regel

alkalisch reagirt, kann dann unmittelbar hinsichtlich der biologischen Eigenschaften geprüft werden. — Der Darmsaft stellt, ohne Verdünnung gewonnen, eine dickflüssige, zähe, gelbgrüne, opalescirende Flüssigkeit dar, welche beim Neigen des Gefässes deutlich an den Wandungen kleben bleibt. Dieselbe ist, gehörig verdünnt, klar und gibt die bekannte Mucinreaction, sowie die *Gmelin*'sche Reaction auf Gallenfarbstoff, sowie die *Pettenkofer*'sche Reaction auf Gallensäuren. Die Reaction der Flüssigkeit ist meist alkalisch, zuweilen jedoch bei geringer Magensaftbeimischung neutral oder selbst schwach sauer. Freie Säuren sind in normalem Secret, und falls nicht grosse Mengen Magensaft beigemischt sind, nicht vorhanden. Mit verdünnten Mineralsäuren, sowie mit Essigsäure, Milch- und Buttersäure erhält man bei genügendem Zusatz einen dicken opaken Niederschlag, der sich bei Alkalizusatz wieder löst, durch erneuerte Behandlung mit Säuren von neuem eintritt. In derselben Weise wird der Niederschlag durch salzsäurehaltigen Magensaft, nicht aber durch neutrale oder organische Säuren enthaltenden Mageninhalt hervorgerufen. In den genannten Niederschlag gehen die Fermente des Pancreas, die Bestandtheile der Galle, sowie ein geringer Theil des Pepsins und Labfermentes, sowie der grösste Theil der Albumosen des Magenchymus mit Ausnahme der Peptone über. Durch Zufuhr salzsäurehaltigen Chymus zum Darmsaft wird dessen Fäulnissfähigkeit vollkommen aufgehoben, während mit nur organische Säuren enthaltendem oder neutral reagirendem Mageninhalt gemischter Darmsaft sich ungemein leicht zersetzt. Es beruht dies auf der eigenthümlichen Eigenschaft der Galle, bei neutraler Reaction zu faulen, bei saurer Reaction dagegen antiputrid zu wirken. Der günstigste Säurezusatz, um Gallenfäulniss zu hemmen, ist der von Salzsäure in den Quantitäten, in welchen sie bei der normalen Verdauung abgeschieden wird (0·1—0·2%). Constant wurden im nüchternen Darmsaft Leucin und (in geringeren Mengen) auch Tyrosin gefunden; im Uebrigen erwies sich der Darmsaft in den meisten Fällen eiweiss- und zuckerfrei. — Die wichtigste und für die Identificirung eines Secretes als Pancreassaft beweisendste Eigenschaft ist die tryptische, während die diastatische wegen schwer zu vermeidender Beimischung von Speichel und Schleim nicht absolut als beweisend betrachtet werden kann. Auch die fettspaltende Wirkung des Darmsaftes hält *Boas* in dieser Beziehung nicht für ausreichend. Die von einzelnen Autoren dem Pancreas beigelegte Fähigkeit, Milch zu coaguliren, hat Vortragender nicht bestätigen können. Besonders eingehende Untersuchungen hat *Boas* über die emulsionsbildende Eigenschaft des Bauchspeichels angestellt, und ist hierbei in Uebereinstimmung mit den Untersuchungen von *Im. Munk, Friedrich Müller, Cash* u. A. zu dem Resultat gekommen, dass von einem specifisch emulgirenden Princip im Sinne *Cl. Bernard's* keine Rede sein könne, und dass bei der während des grössten Theiles der Dünndarmverdauung herrschenden sauren Reaction das Zustandekommen einer Emulsion überhaupt zweifelhaft erscheinen müsse. Dagegen war constant eine ziemlich beträchtliche Spaltung von Neutralfetten unter dem Einfluss des pancreatischen Saftes zu beobachten. Zum Zweck der besseren Veranschaulichung der einzelnen, bei der Magendarmverdauung sich abspielenden Vorgänge hat *Boas* einen Apparat construirt, welcher demonstrirt wird. Man kann mittelst desselben die einzelnen Phasen der Dünndarmverdauung und deren Beziehung zur Magenverdauung in einer die natürlichen Verhältnisse möglichst genau wiederspiegelnden Weise reproduciren. Es stellte sich hierbei heraus, dass unter normalen Verhältnissen zunächst eine präparatorische



Dünndarmverdauung stattfindet, welche sich sehr bald als Magenverdauung fortsetzt. Erst nach dem Aufhören des Importes saurer Chymusmassen beginnt die eigentliche Kraftentfaltung der Pankreasfermente und der Galle. In pathologischen Fällen, speciell bei Hyperacidität des Magensaftes, wird sich die Magenverdauung während des ganzen Verdauungsverlaufes als solche fortsetzen, wodurch begreiflicherweise die Assimilation der Fette, sowie die Umwandlung der Kohlenhydrate stark beeinträchtigt und in schweren Fällen auf Null reducirt wird. Hiermit stimmen die klinischen Erfahrungen an Kranken mit starker Hyperacidität vollkommen überein. Umgekehrt wird in Fällen von Anacidität die Dünndarmverdauung von Anfang an glatt und ungestört verlaufen können. Hingegen ist in diesen Fällen bei der während der ganzen Darmverdauungsperiode herrschenden alkalischen Reaction die Gefahr der Bildung abnormer Zersetzungsproducte und deren Aufnahme in den Kreislauf vorhanden. Daher die constant zu beobachtende Tendenz bei Anaciden zu Diarrhöen, Gasbildungen u. s. w. Die Untersuchungen des Vortragenden ergaben auch für die Therapie, speciell für die Salzsäuretherapie, einige wichtige Anhaltspunkte. Nach seiner Ansicht liegt die therapeutische Bedeutung der Salzsäure in Fällen von Anacidität nicht sowohl in ihrer digestiven Wirkung, welche sie in den kleinen für gewöhnlich gereichten Dosen unmöglich ausüben kann, sondern in ihren antizymotischen Einfluss. Die Salzsäure wirkt als Desinficiens auf den Magendarmcanal. Will man in diesen Fällen eine digestive Wirkung haben, so empfehlen sich weit mehr die Pancreaspräparate, die bei dem Mangel an Magensäure ungehindert wirken können. Mit dem fortschreitenden Einblick in das Wesen der Darmverdauung unter normalen und abnormen Bedingungen erhofft Vortragender auch eine rationelle Methodik der Diätvorschriften, welche bis jetzt fast ausschliesslich die Magenverdauung berücksichtigt hätten.

Kleine Mittheilungen.

1015. ***Inoculation von Syphilis durch Tättowiren.*** *Von **F. R. Barker.** (Brit. Med. Journ. 2. Oct. 1888.)*

Barker berichtet, dass von 15 Soldaten, welche von einem und demselben Manne tättowirt wurden, 11 Syphilis bekamen. Dieser Mann hatte Plaques muqueuses im Munde, ein kupferfarbiges Exanthem auf der Brust, eine Narbe am Penis, geschwollene Drüsen etc. Er gab zu, dass er die Farben mit Speichel gemischt und die zum Tättowiren gebrauchten Nadeln in den Mund gesteckt habe. *Sternthal.*

1016. ***Austrocknen des Mehles als Mittel, dasselbe haltbar zu machen.*** *Von **Bousson.** (Journ. de pharm. et de chim. 1889. 60. — Pharm. Centralh. 1889. 36.)*

Bousson empfiehlt ein Austrocknen des Mehles bei 100° während einer Stunde, indem das Mehl dabei beständig umgerührt wird. Der Kleber wird hierdurch nicht verändert und behält seine für die Brotbereitung wichtigen Eigenschaften. Durch das Erhitzen des Mehles werden Organismen, die im Mehle sind etc., getödtet; durch Aufbewahrung des so behandelten Mehles in Blechkasten wird das Hinzukommen von Thieren von ausserhalb verhindert.

1017. ***Gegen Fussschweiss.*** Angesichts der jüngst gegen dieses Leiden empfohlenen Mittel (S. Med.-chir. Rundsch. 1889. 726 u. 821) reproduciren wir eine in der Wr. klin. Wochenschr. 1889. 34 enthaltene Mittheilung. Nach



dieser eignet sich zur Benützung bei der Truppe vorzüglich ein Streupulver bestehend aus *Salicylsäure (5·0), Alumen (2·0), Tannin (3·0)* und *Amyl. trit. (90·0).* Das Desinficiens entfernt alsbald den üblen Geruch und desodorisirt auch die Fussbekleidung, die Adstringentia wirken heilend auf die Hyperdrosis in zwei bis drei Tagen ohne Diensteshinderung. Die äusserst einfache Application (Betupfung des Fusses mit in das Pulver getauchten Baumwollballen, Bestreuung der Fusslappen und der Innenfläche der Schuhe) ermöglicht die Uebergabe des Mittels an den erkrankten Mann selbst, welcher die Procedur auch Nachmittags wiederholen soll. Dadurch wird nicht blos den höheren Graden der Fussschweisse überhaupt vorgebeugt, es wird auch in vernachlässigten Fällen, wo Maceration und Abhebung der Epidermis etc. eingetreten ist, in kurzer Zeit Heilung veranlasst und durch öfters wiederholtes Einstreuen der sonst zu Recidiven geneigte Fuss vollkommen widerstandsfähig gemacht.

1018. ***Spontanheilung eines grossen angeborenen Lipoms bei einem Mädchen von 7 Monaten.*** *Von Dr.* **Perotti.** *(Archivo di patologia infantile. 1888, pag. 27. — Deutsch. med. Zeitg. 1889.)*

Ein Mädchen, von gesunden Eltern stammend, wurde mit einem eiförmigen Tumor geboren, welcher von der rechten Supraclaviculargegend bis in das gleichseitige Hypochondrium hinabstieg; dasselbe wurde von verschiedenen Aerzten einstimmig als Lipom diagnosticirt. Als das Kind 5 Monate alt war, erkrankte es sehr heftig und der Arzt wurde erst gerufen, als bereits bei sehr hoher Temperatur Coma eingetreten war; die Haut hatte eine subicterische Farbe und das Ganze machte den Eindruck einer schweren Infectionskrankheit. Der Tumor war heisser als seine Umgebung, die ihn bedeckende Haut hatte eine bläuliche Farbe angenommen und war stark injicirt, auch fühlte sich die Geschwulst teigiger an als früher. Wunderbarerweise starb das Kind nicht, sondern genas langsam; die Geschwulst wurde fluctuirend, nahm langsam an Umfang ab, war nach 2 Monaten vollkommen verschwunden und es war an ihrer Stelle nur noch etwas faltig zusammengezogene Haut wahrnehmbar. Das Kind erfreut sich guter Gesundheit. Der Autor nimmt an, es habe sich das Lipom spontan in eine ölig-emulsive Flüssigkeit verwandelt, wie dies von *Billroth* und *Virchow* beschrieben worden ist, und sei dann resorbirt worden.

1019. ***Haarwasser für die Kopfhaut.*** **Liebreich** empfiehlt in den „Therap. Monatsh." folgende Haar und Kopfhaut von Fett gut befreiende Lösung:

Rp. *Spirit. aether.* 50·0
Tct. Benzoës 5—7·0
Vanillini 0·05
Heliotropini 0·15
Olei Geranii gtt. I.
S. äusserlich (brennbar!).

Es wird 1 Esslöffel voll auf der Kopfhaut und in den Haaren verrieben und mit einem feinen Tuche abgetrocknet. Anwendung von Seife und Wasser ist zu vermeiden. Waschung mehrmals wöchentlich. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 35.)

1020. ***Gegen Fussschweisse*** wendet man in der schweizerischen Armee ein Pulver, bereitet aus 2 Th. Alaun und 10 Th. Talc. venet. an. Dasselbe ist sehr verlässlich und wegen seiner Ungiftigkeit auch für wunde Füsse gut verwendbar, was von der Chromsäure nicht gilt.
(Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. 1889. — Therap. Monatsh. 1889. 8.)

1021. ***Gegen den chronischen Blasenkatarrh*** empfiehlt **Mosetig-Moorhof** (Wiener med. Presse. 1889. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 36) folgende Emulsion:

Rp. *Jodoform* 50·0
Glycerin 40·0
Aq. destill. 10·0
Gi. Tragacanth. 0·25

Ein Esslöffel in 1/2 warmen Wassers aufgelöst und nach vorheriger gründlicher Reinigung der Blase in dieselbe einzuspritzen. Jeden dritten Tag eine Spritze,



nach 3—4 Sitzungen soll der Katarrh behoben, resp. gebessert sein. Intoxicationen sind nicht beobachtet.

1022. ***Desinficirende Kerzen*** zum Brennen in Kloakenräumen nach *Scott* (Agenda des pharmac. russes. 1889. — Les nouveaux remèdes. 1889. 16) werden bereitet aus:

Rp.	*Wachs*	*50 Th.*
	Schwefel	*20 Th.*
	Salpeter	
	Kohle	
	Kleber	
		aa. 10 Th.
	Gyps	*Spuren*

—*r.*

1023. ***Als purgirende Chocolade für die Kinderpraxis*** empfiehlt *Giraud* jun. folgende Verschreibung:

Rp.	*Entöltes Cacaopulver*	*50·0*
	Gepulv. Rohrzucker	*100·0*
	Ricinusöl	*50·0*
	Vanille	*ad libit.*

Zu Pastillen oder Tabletten gemengt. Ungefähr 10 Gr. dieser Chocolade bewirken bei einem Kinde Stuhlentleerung. (Pharmac. Zeitg. 1889.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Leuckart Rudolf, Dr., o. ö. Professor der Zoologie und Zootomie an der Universität Leipzig. Die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten. Ein Hand- und Lehrbuch für Naturforscher und Aerzte. I. Bd., 4. Lieferung. Mit 131 Holzschnitten. II. Auflage. Leipzig und Heidelberg, C. W. Winter'sche Verlagshandlung, 1889.

Westerlund F. W., Provinciallákare. Om Dödligheten bland barn under ett år i Finland 1872—1886 (Ueber die mittlere Sterblichkeit der Kinder unter einem Jahr in Finland). Separatabdruck aus Finska Läkaresällskapets Handlingar. Bd. XXXI, häftet 8. Avec Résumé français. Helsingfors, J. C. Frenckell & Son, 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Die Pachtung

37

einer renommirten **hydropathischen Heilanstalt** ist zu verkaufen. **Kapital** von **10—12 Tausend Gulden** erforderlich. **Nur schriftliche** Anträge erbeten an die **Annoncen-Expedition A. V. Goldberger, Budapest,** Waitznergasse Nr. 9

KEFIR

5 Flaschen gegen Postnachnahme von fl. **1.50** ö. W.
Kefiransatz
zur dauernden und leichtesten Selbstbereitung von **frischem Kefir** à fl. **7.50** ö. W. liefert



1 Die Kefiranstalt in Teschen.



Aus Papier-Maché! widersteht allen verdünnten Chemikalien. **Vollkommen wasserdicht.** Erzeuge **Irrigatoren, Lavoirs, Eiterbecken, Kannen, Instrumenten-etui** und **Tassen, Nachtgeschirre, Fussbadwannen, Leibschüsseln, Becher, Flaschen etc.** 13
JULIUS KRONIK in WIEN, Ottakring, Payergasse 4.

Holzfaserverband.

Diese von uns als „Holzcharpie" in den Handel gebrachte Faser hat durch ihre **Sauberkeit**, ihre **Feinheit** und **Weichheit**, sowie durch ihr **vorzügliches Aufsaugungsvermögen** einen grossen Vorzug vor vielen anderen Verbandmaterialien. Die Holzcharpie wird **ohne jede weitere Desinfection, ohne jede vorherige Präparation mit einem Antisepticum zur Anwendung gebracht,** übt in Folge ihrer Elasticität die nothwendige **Compression** und eignet sich ganz besonders zu **Dauerverbänden.** Die Holzcharpie ist das **bequemste** und **billigste** Verbandmaterial. — *Muster und Referenzen stehen zu Diensten.* — Gefl. Aufträge beliebe man zu adressiren an die **Erste öst.-ung. Holzfaser-Fabrik**

Nüscheler & Comp.

Einsiedling, Post Vorchdorf in Ober-Oesterreich. 9

Mikroskope.

Der Unterzeichnete beehrt sich anzuzeigen, dass seine neuesten Kataloge: Nr. XIV in italienischer, Nr. XV in französisch-englischer, Nr. XVI in deutscher Sprache über **Mikroskope, Mikrotome, Haemometer etc.,** sowie über die **neuen Apochromat-Objective** soeben erschienen sind und auf Verlangen gratis und franco zugesendet werden. 5
C. Reichert, Mikroskop-Fabrikant in Wien, VIII., Bennogasse 28.

Eucalyptus-Mundessenz

(prämiirt Paris 1878),
intensivstes **einzig** absolut unschädliches persönliches Desinfectionsmittel; **unfehlbar** gegen üblen Geruch aus dem Munde und Magen; per Flacon ö. W. fl. 1.20,
Med. Dr. C. M. Faber, Leibzahnarzt weil. Sr. Maj. des Kaisers Maximilian I.,
Wien, I., Bauernmarkt Nr. 3. 4

Verlag von URBAN & SCHWARZENBERG in Wien und Leipzig.

Vorlesungen über Kriegschirurgie.

Von Prof. A. Mosetig Ritter von Moorhof in Wien.
gr. 8. VIII u. 332 S. 9 M. = 5 fl. 40 kr. eleg. geb.

Král's Fabrik chemischer Präparate in Olmütz.

Gegründet 1869. — Prämiirt auf vielen Ausstellungen.

Die bekannten, weltberühmten und unübertroffenen 20

Král's Eisenpräparate

Král's flüssiger Eisenzucker und **Král's körniger Eisenzucker**
1 Flacon 1 fl. 12 kr., 1/2 Flacon 60 kr. — 1 Flacon 1 fl. 50 kr.

sind die anerkannt rationellsten **Eisenpräparate,** zum **diätetischen** Gebrauche bei **Körperschwäche, Bleichsucht, Blutarmuth** und deren Folgeübeln.
Král's flüssige Eisenseife, vorzügliches Mittel bei Verletzungen jeder Art. 1 Flacon 1 fl., 1/2 Flacon 50 kr.
Král's Eisenpräparate sind zu beziehen durch **alle Apotheken** und **Medicinalwaaren-Handlungen.**

Nachdruck wird nicht honorirt.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1024. ***Ueber die diätetische Behandlung des chronischen Morbus Brightii.*** *Aus der medicinischen Universitätspoliklinik zu Königsberg in Preussen. Nach einem im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg gehaltenen Vortrage. Von Prof.* ***Julius Schreiber.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1889. 23.)*

„Sind Brightiker mit eiweissreicher oder eiweissarmer Kost zu ernähren? Darf man erstere überhaupt gestatten, ohne eine Verschlechterung ihres Leidens, d. h. zunächst ohne eine Steigerung des Hauptsymptomes aller diffusen Nierenkrankheiten, der Albuminurie, befürchten zu müssen?" Diese wichtigen Fragen, die bis jetzt eigentlich noch unentschieden waren oder verschiedene Beantwortung erhielten, sucht *Schreiber* experimentell an Menschen zu lösen und fand: 1. dass der Genuss grösserer Quantitäten roher Hühnereier in gemischter, an sich bereits stickstoffhaltiger, ja selbst stickstoffreicher Kost weder bei Gesunden noch bei zu Albuminurie Disponirten zu Albuminurie führt, bei Gesunden nicht einmal in ausschliesslicher Nahrungsform; 2. dass ebensowenig die gesteigerte stickstoffreiche Nahrung, gleichviel, ob coagulirtes oder flüssiges Hühnereiweiss der gemischten Kost hinzugefügt worden, bei Brightikern zur Vermehrung der Eiweissausscheidung im Harn führt, wohl aber letztere durch sie öfter günstig beeinflusst wird; 3. dass auch nach den neueren Versuchen an Menschen von *Oestreich* und *Sobotta* weder die gemischte Kost, noch die Fleischkost (Eiweiss), noch die reine Milchdiät irgendwie constant und unbestreitbar die Eiweissausscheidung chronischer Nierenkranker weder vermehrend noch vermindernd beeinflussen zu können scheint; 4. dass bei jeder Kostart Rücksicht genommen werden muss auf den normalen Ablauf der wichtigeren Körperfunctionen, die Diurese, die Verdauung etc. und dass bei etwaig vorhandenen oder gefahrdrohenden complicirenden Störungen die Diät im Ganzen denen entsprechend modificirt werden muss. Aus allen Punkten geht nun hervor, dass die Diät für die chronischen Nierenkranken, namentlich von dem Gesichtspunkte aus, dass der Morb. Brightii ein die Körperkräfte allmälig und meist stetig consumirendes Leiden darstellt, auf breitester Basis anzulegen ist, dass die Diätformen je nach Bedürfniss und Nothwendigkeit, nicht aber in dem unberechtigt ausschliesslich ängstlichen Bestreben, die Eiweissverluste im Harn zu ersetzen,



zu wechseln und zu combiniren sind. Dass daneben vegetabilische Kost reichlich gestattet, von starken Würzen, alkoholreichen Getränken abzurathen ist, und was sonst im Ablauf des chronischen Leidens symptomatisch, resp. nach Massgabe unserer bisherigen Kenntnisse pharmakologisch zu thun und anzuordnen bleibt, ist selbstverständlich. *Knauthe.*

1025. ***Ueber die Wirkung der Kohlensäurezufuhr.*** *Vorläufige Mittheilung. Von Dr.* ***Alfred Ephraim*** *in Breslau. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 39.)*

Die Mehrzahl der Berichte über die Wirksamkeit der *Bergeon*'schen Gasklystiere gegen Phthise stimmen darin überein, dass auch in den Fällen, in welchen eine Besserung der Grundkrankheit nicht eintrat, doch das Allgemeinbefinden der Kranken günstig beeinflusst wurde. Diese Thatsache in Verbindung mit der weiterhin festgestellten, dass mit der reinen Kohlensäure ungefähr dieselben Resultate erzielt werden, veranlasste Verf., der Frage von der Allgemeinwirkung der CO_2-Einverleibung auf den Organismus näher zu treten. Seit etwa 6 Monaten hat er 32 Kranke mit Rectalinjectionen von CO_2 behandelt; dabei kam er zu dem Resultate, dass durch die fortgesetzte Einverleibung von Kohlensäure die Zahl der rothen Blutkörperchen im Blute vermehrt wird. Von 9 Personen, die fortlaufend mit CO_2-Injectionen behandelt wurden, ergaben Zählungen der rothen Blutkörperchen bei 8 die Zahl derselben erheblich vermehrt. Zwei von ihnen hatten vor Beginn der letzteren normalen, die übrigen verminderten Blutkörperchengehalt. Die 9. Person zeigte noch vor Beginn der Behandlung verminderte Blutkörperchenzahl; im Laufe derselben wurde letztere noch geringer. Es war dies ein 62jähriger Mann, bei dem wohl besonders störende Verhältnisse vorlagen; die übrigen 8 waren jugendlich und weiblichen Geschlechts. Diese Wirkung auf das Blut ruft die CO_2 nach Verf. dadurch hervor, dass dieselbe, indem sie — wie durch *Cl. Bernard* festgestellt — nach der Resorption im Darm durch die Lungen wieder ausgeschieden wird, eine abnorm grosse Sauerstoffaufnahme auf dem Wege der Athmung herbeiführt. Dass die fortgesetzte Einathmung von reinem Sauerstoff eine Vermehrung der Zahl der rothen Blutkörperchen bewirkt, hat *Hayem* schon vor längerer Zeit nachgewiesen. Von den 32 Kranken, welche mit CO_2-Injectionen behandelt wurden, litten 12 an Phthise, 6 an hochgradiger Anämie, 4 an Lungenemphysem und chronischem Bronchialcatarrh, 10 an Asthma. Die Behandlungsresultate lassen bei den beiden erstgenannten Krankheiten vorläufig noch kein bestimmtes Ergebniss formuliren. Bei dem bronchialen und neurasthenischen Asthma scheint dem Verf. die sowohl coupirende, als auch curative Wirkung der CO_2-Injectionen eben so intensiv als zweifellos zu sein. *O. R.*

1026. ***Ueber Acetonasthma.*** *Von Dr.* ***Pawinski****. (Berliner klin. Wochenschr. 1888. 50. — Wiener klin. Wochenschr. 1889. 34.)*

Im Verlaufe einer subacuten Nephritis bei einem 22jährigen Mädchen stellten sich mehrmals Anfälle von sehr heftiger Athemnoth und Sehstörungen ein, während gleichzeitig in dem mässig reichlichen und eiweisshaltigen Harne grosse Mengen von Aceton

nachweisbar waren. Verf. folgert nun, dass zwischen Asthmaanfällen und Aceton im Harne ein gewisses Verhältniss stattfindet. Dieser Fall würde zu den Autointoxicationen mit Aceton gehören und man könnte ihn als Asthma acetonicum der Epilepsia acetonica von *Jaksch* an die Seite stellen. In den erbrochenen Massen und in den Fäces wurde Aceton nie gefunden. Da die Kranke nie gefiebert hat, noch ausschliessliche Eiweisskost zu sich nahm, so muss die Quelle der Acetonbildung im Nierenleiden, respective in den Oxydationsstörungen und im Zerfall der Eiweisskörper, die durch jenes Leiden verursacht sind, gesucht werden. Die Kranke erlag bald nach der Entlassung aus dem Spitale einem erneuten Anfalle.

1027. ***Vorkommen und Vertheilung des Kropfes im Canton Bern.*** *Ein Beitrag zur Kenntniss der Ursachen der Kropfbildung. Von Prof. Theodor Kocher in Bern. (Wiener klin. Wochenschr. 1889. 37. — Allg. med. Centralztg. 1889. 75.)*

Um für ein kleines, aber geologisch genau erforschtes Gebiet festzustellen, welche Bodenbeschaffenheit die Kropfentwicklung begünstige, unterzog sich Verf der besonderen Mühe, in den Jahren 1883 und 1884 76.606 Schulkinder des Cantons Bern zwischen dem 7. und 16. Jahre auf Kropf zu untersuchen und untersuchen zu lassen. Das Resultat dieser Untersuchungen wurde mit Hilfe einer Reihe gewiegter Fachleute (Ingenieure und Geologen) in ausserordentlich genauer und übersichtlicher Weise kartographisch dargestellt, und zwar so, dass auf einer ausführlichen Karte des Cantons die Qualitäten des Bodens durch verschiedene Farben gekennzeichnet wurden, und die Gegenden, in welchen der Kropf endemisch ist, je nach der Intensität der Kropfendemie mit kleineren oder grösseren Kreisen bezeichnet wurden; dabei stellte es sich zunächst heraus, dass conform mit den Untersuchungen *Lueke's* und *Bircher's* die Juraformation im Allgemeinen frei vom Kropfe ist, während das Molassegebiet die Entwicklung des Kropfes sehr begünstige. *Kocher* fand jedoch, entgegen den früher genannten Autoren, dass auch der Jura nicht ganz frei sei vom Kropfe, und zwar in dem Sinne, dass die Juraformation im Berner Oberlande (der Alpenkalk) stark belastet ist, während der Jurakalk im welschen Theile des Cantons frei ist. Er erklärt dies so, dass nach *Baltzer* der dunkle Alpenkalk im Gegensatze zum hellen Jurakalk reicher an organischen Stoffen sei; gerade dieser Umstand weise darauf hin, dass nicht die mineralische Bodenbeschaffenheit, sondern die Beimengung organischer Bestandtheile für die Kropfentwicklung entscheidend sei. Diese Ansicht wird noch durch die Erfahrung bestätigt, welche Verf. machte, dass in exquisiten Kropfgegenden manche Familien vom Kropfe vollkommen verschont blieben; es stellte sich heraus, dass diese Familien ihr Wasser aus einer besonderen Wiesenquelle bezogen, während die anderen mit Kropf behafteten Individuen das Wasser aus vorüberziehenden Bächen nahmen. Verf. liess das Wasser eines Kropfbrunnens und einer solchen „Antikropfquelle“ chemisch untersuchen — der einzige Unterschied lag darin, dass die letztere einen grösseren Gypsgehalt aufwies, worauf jedoch kein Gewicht zu legen ist; in bacteriologischer Hinsicht hatte das kropffreie Wasser einen erheb-



lich geringeren Gehalt an Mikroorganismen aufzuweisen. Wurden mit den Mikroorganismen des Kropfwassers Injectionen bei Kaninchen vorgenommen, so schwollen bei mehreren Thieren die Schilddrüsen an, bei Hunden konnte jedoch noch keine bleibende Anschwellung der Schilddrüse erzeugt werden.

1028. ***Zur Kenntniss des Delirium acutum.*** *Zwei Fälle von wachsartiger Degeneration der Skelettmusculatur. Von Dr.* ***Buchholz.*** *(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. XX, pag. 788. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 39.)*

Abgesehen von den älteren *Zenker*'schen Beobachtungen hat zuerst *Fürstner* bei eigentlichen Psychosen mit Sicherheit in 3 Fällen eine wachsartige Degeneration der willkürlichen Musculatur nachgewiesen. *Buchholz* fügt zwei neue Beobachtungen hinzu. Seine Kranken litten am Delirium acutum. In beiden Fällen setzte die Krankheit plötzlich ein, unter massenhaft sich aufdrängenden Hallucinationen wurde das Bewusstsein getrübt, schon in den ersten Tagen entwickelte sich bei heftigster motorischer Erregung ein rapider Kräfteverfall, welchem die Kranken nach 2—3wöchentlicher Krankheitsdauer erlagen. In beiden Fällen bestand Fieber, welches im ersteren mit mittleren und höchsten, im zweiten Falle unter geringen Temperaturen einherging. Die Reflexerregbarkeit war erhöht. Die motorischen Erscheinungen machten oft den Eindruck von unwillkürlichen Bewegungen (athetoseartig). Die directe mechanische Muskelerregbarkeit war gesteigert, Tremor und fibrilläre Zuckungen fehlten nicht. Alle somatischen Ursachen für das Fieber waren nicht mit Bestimmtheit auszuschliessen (in einem Falle Digestionsstörungen, im anderen Falle, allerdings nicht vom Anfang an, eine Pneumonie). In beiden Fällen bestand Albuminurie (im zweiten Fall von Anfang an nachgewiesen). Die Section ergab in einem Falle eine trübe Schwellung der Nieren, während sich bei der zweiten Pat. keine Veränderungen nachweisen liessen. Die Lungen boten in beiden Beobachtungen das Bild der Fettembolie. Am Centralnervensystem liess sich keine auf die schweren Erscheinungen zu beziehende Veränderung erkennen. (Als zufälliger Befund im zweiten Falle eine Heterotopie der grauen Substanz des Rückenmarkes.) Die Skelettmusculatur zeigte mikroskopisch alle Stadien der wachsartigen Degeneration in den verschiedensten Muskeln. Mit dem Blut und den Gewebsflüssigkeiten der einen Pat. wurden Impfversuche angestellt, jedoch blieben die Culturen steril.

1029. ***Ueber die Beziehungen der Albuminurie zur Glycosurie.*** *Von Dr.* ***Rhese.*** *Inaug.-Dissert. Berlin 1889. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 37.)*

Verf. theilt die Krankengeschichte eines auf der Klinik von *Leyden* beobachteten 17jährigen Burschen mit: Pat. stammt von gesunden Eltern, er selbst hatte Spuren von Rhachitis und war seit seinem 10. Jahre sehr blass; im 12. Jahre wurden ihm durch Ueberfahren drei Rippen und ein Arm gebrochen. Sein Gang von nun an unsicher, sein Aussehen blässer. Ostern 1888 Bluthusten; auf dem Lande besserte sich der Zustand etwas, aber es stellte sich viel Durst und Gefühl von Trockenheit im Munde ein. — Bei der Untersuchung des kleinen, anämischen Indivi-

duums ergeben sich links oben Dämpfung und Rasseln, Erbrechen vorhanden. Urin sehr reichlich, enthält viel Albumen, 0·28 Proc. Zucker, Sediment; Herz gesund. Die Zuckermenge blieb beinahe stets constant, während die Menge der genossenen Kohlenhydrate sehr verschieden war. Es liegt also kein Diabetes vor. Die Ursache der Glycosurie ist wohl in einer Affection des 4. Ventrikels zu suchen. Eine Erkrankung, die diese und die die Albuminurie erzeugende Nierenerkrankung hervorrufen könnte, wäre Arteriosclerose, Syphilis, Tumoren in Gehirn und Nieren. Nach dem Verlauf, Anamnese und Status sind erstere beide auszuschliessen; jedoch könnten von Geschwülsten Tuberkeln im Gehirn (Gegend des 4. Ventrikels) hier vorhanden sein, wofür alle sonstigen Anzeichen sehr wohl verwerthbar sind (Lungenphthise). Gegen Nierentuberculose spricht das Fehlen von Sediment im Harn und der Hämaturie, jedoch ist eine durch die Tuberculose bedingte Amyloiderkrankung der Nieren sehr wohl denkbar.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1030. ***Ueber die Behandlung der Diphtherie mit saurer Sublimatlösung.*** *Von Stabsarzt Dr. Rennert. (Berliner klin. Wochenschr. 1889. 34.)*

Den Lösungen unserer gebräuchlichsten Antiseptica (Sublimat und Carbolsäure) haftet der Uebelstand an, dass sie Eiweiss coaguliren und dadurch in vielen Fällen eine dichte Schichte bilden, die ihrer Wirkung eine Schranke setzen. Nach vielen Versuchen, die *Laplace* zur Behebung dieses Uebelstandes machte, fand er den Zusatz von Säuren am geeignetsten, und zwar für Sublimat die Weinsteinsäure in dem Verhältnisse von 1 Sublimat, 5 Weinsteinsäure, 1000 Wasser. Diese Lösung benutzte *Rennert* seit 14 Monaten zur Behandlung der Diphtherie in 62 Fällen, und zwar durchwegs mit günstigem Erfolge. Er umwickelt eine Kernzange mit Verbandwatte, so dass ein fester Bausch von etwa 2 Cm. Länge und 1 Cm. Dicke gebildet wird, tränkt diesen mit obiger Lösung und wischt nun von unten nach oben die Membranen ab. Im Allgemeinen kommt man mit 3—5 Wattepinseln auf einer Seite aus. An Stelle der diphtheritischen Membranen bleiben dann blutende Wundflächen zurück, welche mittelst eines grösseren Wattebausches noch einmal mit der Lösung überschwemmt werden. Nach einer Stunde geschieht dies abermals und nach 6—12 Stunden wird dann wieder controlirt. In der Mehrzahl der Fälle ist der Kranke jetzt entfiebert. In diesem Falle beschränkt er sich darauf, diese Flächen bis zu ihrer Heilung Morgens und Abends noch einige Male mit der Sublimatlösung zu tupfen. Das Verfahren ist an die eine Bedingung geknüpft: es muss noch möglich sein, alles Erkrankte herauszuschaffen. Fälle von Scharlachdiphtherie hat er bisher auf diese Weise nicht behandelt. Complicationen hat er der kurzen Dauer der Krankheit entsprechend nur wenige gesehen. Dem Einwande der Giftigkeit der Sublimatlösung tritt er durch von ihm aus-



geführte Messungen entgegen, nach welchen bei einer Procedur höchstens 5 Ccm. Flüssigkeit = 0·005 Sublimat verbraucht wird.
Hönigsberg, Gleichenberg-Meran.

1031. ***Die künstliche Ernährung bei der Behandlung der Diphtherie.*** *Von Stabsarzt Dr.* **Rennert.** *(Therap. Monatsh. April 1889.)*

Die oft wiederholte Beobachtung, dass in schweren Fällen von Diphtherie eine spontane hinreichende Nahrungsaufnahme selbst bei Erwachsenen nicht zu erreichen war, führte auf der *Leyden*'schen Klinik in Berlin zur Anwendung der künstlichen Ernährung mittelst der Sonde und des Lavage-Apparates. Die Erfolge dieser leicht und ohne schädliche Folgen für die Kranken gut ausführbare Art der Ernährung waren in einigen Fällen von schwerer Diphtherie so günstige, dass sich *Rennert* zur ausführlichen Mittheilung der diesbezüglichen 4 Krankengeschichten veranlasst sieht. Im Allgemeinen wurde die Behandlung nach folgenden Principien geleitet: 1. Local: Antiseptische Lösungen zur Reinigung des Rachens und der Mundhöhle, aber nur alle 2—3 Stunden, Eispillen, Eiscravatte. 2. Für möglichste körperliche und psychische Ruhe wurde Sorge getragen und wurde namentlich in ersterer Beziehung das minutenlange Gurgeln vermieden und in letzterer Beziehung 3. Morphium angewendet. Kein anderes Mittel kann die meist grosse Unruhe der Kranken beseitigen, ihre Schmerzen und Unbequemlichkeiten lindern, sowie ihnen Schlaf und damit Stärkung bringen. Es wurde immer nur in kleinen Dosen von 0·003 bis höchstens 0·01 bei Erwachsenen (bei Kindern entsprechend weniger) angewendet und immer zuerst am Tage versucht, um selbst die Wirkung auf den Kranken beobachten zu können. Der vorsichtigen Anwendung des Morphium legt *Rennert* grosse Bedeutung bei. 4. Die Ernährung des Kranken wurde vom ersten Tage der Behandlung an besonders beobachtet, dabei gleichzeitig die Zufuhr vom starken Wein angeordnet. In jedem Falle, wo die spontane Nahrungsaufnahme, sei es in Folge von Schmerzen beim Schlucken, Lähmung der Schlingorgane oder in Folge grosser Abneigung ungenügend war, wurde die künstliche Ernährung eingeleitet. Zur Ausführung derselben bedient man sich nach *Rennert* am besten einer gewöhnlichen, möglichst biegsamen Schlundsonde von 6 Mm. Breite, die im Nothfalle mit einem einfachen Trichter, zweckmässiger aber mit dem Lavage-Apparate verbunden wird, durch welchen mittelst Luftdruckes möglichst rasch die Nahrung zugeführt werden kann. (Die 4 ausführlich mitgetheilten und höchst interessanten Krankengeschichten können im Auszuge nicht wiedergegeben werden. Ref.) *Hönigsberg*, Gleichenberg-Meran.

1032. ***Agaricinsäure (Agaricussäure, Agaricin).*** *(Therap. Monatsh. 1889. 6. Heft.)*

Von den zahlreichen im Lärchenschwamme enthaltenen Körpern kommt nur der von *Fleury* 1870 im chemisch reinen Zustande dargestellten Agaricinsäure, welche homolog der Aepfelsäure ist ($C_{16} H_{30} O_5 . H_2O$), die schweissvermindernde Wirkung zu *(Hofmeister)*. Trotz dieser Erkenntniss enthält das Agaricin des Handels theils einen physiologisch unwirksamen Körper, das Agaricol, und ein „rothes Harz", wahrscheinlich Träger der



abführenden Wirkung des Lärchenschwammes, beigemengt. Die reine Agaricinsäure stellt ein weisses, seidenglänzendes, leichtes Krystallmehl dar, welches aus vierseitigen tafelförmigen Krystallen besteht und aus absolutem Alkohol umkrystallisirt, sich in büschelförmig gruppirten Nadeln oder in Rosetten abscheidet. Der Schmelzpunkt liegt nach *Hofmeister* bei 138°. Die freie Säure ist in kaltem Wasser wenig, in kochendem ziemlich gut löslich. Die Alkalisalze sind leicht löslich, die schweren Metallsalze dagegen unlöslich. Oertlich zeigt die Agaricinsäure stark reizende Eigenschaften, welche sich bei subcutaner Injection in ausstrahlender Entzündung mit Ausgang in Eiterung und bei innerlicher Darreichung grösserer Dosen (0·5—1·0) in Erbrechen und Durchfall zu erkennen gibt. Bei Kaltblütern ruft Agaricinsäure allmälig zunehmende Lähmung, Schwächung, Herzthätigkeit und Herabsetzung, resp. gänzliche Unterdrückung der Hautsecretion hervor. Ein durch Muscarin in Stillstand versetztes Froschherz vermag durch Agaricinsäure nicht wieder zum Schlagen gebracht zu werden. Bei Warmblütern kommt es wegen der langsamen Resorption zu keinen schweren Erscheinungen. Bei subcutaner oder intravenöser Injection der löslichen Natronverbindung werden Vagus- und Gefässcentrum zuerst erregt, dann gelähmt. Der Tod erfolgt nach voraufgegangenen Convulsionen durch Athmungsstillstand, bei künstlich respirirten Thieren in Folge der bedeutenden Blutdruckserniedrigung. — Die Beeinflussung der Schweisssecretion ist keine centrale, sondern Folge einer Wirkung auf den secernirenden Apparat. Für die Praxis ergibt sich aus den Untersuchungen *Hofmeister's* Folgendes: 1. Für therapeutische Zwecke ist reine Agaricinsäure zu verwenden; 2. die Furcht vor brechen- oder durchfallerregender Wirkung ist bei interner Anwendung reiner Agaricinsäure übertrieben. Auf der Professor *Kahler*'schen Klinik wurden Dosen von 0·05 zumeist, Dosen von 0·02—0·03 ausnahmslos gut vertragen. Da die antihydrotische Wirkung erst allmälig auftritt, so kann man durch wiederholte kleine Dosen die nach einmaliger grosser Dosis entstehenden Unannehmlichkeiten verhüten. Subcutane Injectionen sind wegen der örtlichen Reizungen zu vermeiden.

1033. ***Die amerikanische Methode der Behandlung von Gallensteinen mit grossen Gaben Provenceröl.*** *Von* ***Kischkin.*** *Aus der Klinik des Prof. Tscherinow in Moskau. (Medizinskoje obosrenije. 1889. 11. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 37.)*

3 Fälle von Gallensteinen bei einer 60jährigen Wärterin, einem 31jährigen Bauer und einer Kranken ohne Angabe des Alters. Nur bei der ersten Kranken gingen nach 2tägigem Gebrauche von 400·0 Grm. Provenceröl grünliche, ziemlich weiche Concremente ab, die Pat. wurde aber nicht gesund, vielmehr verstärkten sich die dyspeptischen Erscheinungen; der zweite Kranke blieb ungeheilt, die dritte Kranke wurde gesund, ohne dass Concremente abgegangen wären. — Verf. gab, um sich zu vergewissern, ob nicht die Bildung der oben erwähnten Concremente durch eine geringe Menge von im Darm anwesender Galle bedingt werde, einem 26jährigen, an hypertrophischer Lebercirrhose leidenden Kranken mit lehmartigen Stühlen und starkem Icterus nur 180·0 Grm. Provenceröl, das schlecht vertragen wurde, nach

welchem aber genau solche grünliche weiche Concremente, wie im ersten Falle, entleert wurden. Die von Prof. *Bulyginski* angestellte Untersuchung dieser Bildungen ergab, dass sie aus Oleïn-, Palmitin- und Margarinsäure neben Kalkseife bestanden; es wog die Oleïnsäure in freiem Zustande vor, Cholestearin war gar nicht vorhanden, folglich haben die besagten grünlichen Concremente nichts mit den Gallensteinen zu thun, sondern sind ein Product des Olivenöls, welches bei einem jeden Kranken erhalten werden kann, der in seinem Darme wenig Galle hat. Dieses Ergebniss stimmt auch mit dem von *Chauffard* erhaltenen.

1034. ***Ueber die Punction des Darmes bei Darmverschluss.*** *Von Prof.* ***O. Rosenbach.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1889. 17. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 40.)*

Rosenbach spricht sich an der Hand von 4 Krankengeschichten warm für die Vornahme der Darmpunction aus, um dem Eintreten der Darminsufficienz bei Darmverschluss vorzubeugen. Er sticht eine *Pravaz*'sche Spritze mit 4—5 Cm. langer, möglichst spitzer und nicht zu dicker Canüle (unter Umständen wiederholt) in den aufgetriebenen Darm ein, und zwar an der prominentesten Stelle oberhalb der Nabellinie. Wenn nicht oder nicht mehr spontan aus der Canüle Gas entweicht, wird mit der Spritze angesogen; wenn sich Flüssigkeit entleert, soll an die Canüle ein Schlauch befestigt werden. Vor dem Anziehen wird eine schwache Carbol- oder Jodoformlösung behufs Reinigung der Canüle durchgespritzt. Schädliche Wirkungen hat *Rosenbach* nicht von der Darmpunction gesehen. Hingegen nimmt unter Umständen der Leib an Umfang ab und mit dem Meteorismus schwinden Schmerzen, Brechneigung und Dyspnoe. In den Fällen von reparabler Darmstenose kann durch diese Behandlung (natürlich in Verbindung mit der sonst indicirten Therapie) Zeit gewonnen und der Kranke gerettet werden. Der günstige Zeitpunkt für eine Laparotomie wird nicht durch die Vornahme der Punction versäumt, da jene nach der letzteren nicht unter ungünstigeren Umständen gemacht wird als vorher.

1035. ***Entfettungscuren bei Gelenkskrankheiten.*** *Von* ***Rud. Volkmann.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1889. 25. — Der prakt. Arzt. 1889. 9.)*

Die Bedeutung von Entfettungscuren bei Gelenkskrankheiten ist kaum bekannt und noch nie besprochen worden. Trotzdem kann in geeigneten Fällen durch dieselben sehr Erhebliches geleistet werden und bereits seit circa 14 Jahren werden derartige Entfettungscuren bei Gelenksaffectionen in der *v. Volkmann*schen Klinik regelmässig angewandt. Die Absicht, welche man bei diesen Curen verfolgt, ist einfach folgende: Man sucht ein Individuum, welches in Folge seiner früher durchgemachten oder vielleicht angeborenen Erkrankung an Schwäche oder irgend einer Insufficienz einer oder beider Unterextremitäten leidet, durch eine vorsichtige Entfettungscur so viel leichter zu machen, dass die wenig leistungsfähigen Extremitäten ein geringeres Körpergewicht zu tragen haben. Veranlassung zu derartigen Curen wegen Erkrankung der Extremitäten bei absoluter oder relativer Obesität können die allerverschiedensten Störungen und

pathologischen Zustände der Extremitäten geben: Die congenitalen Luxationen, Rhachitis, die erworbenen Affectionen, wie Genua valga, Plattfüsse, resecirte Knie- und Hüftgelenke, Kinderlähmung, namentlich bei beginnenden Deformationen. Ausserdem gibt es noch eine Affection, welche, wie es scheint, bisher die Aufmerksamkeit der Fachgenossen nicht in hinreichendem Masse auf sich gelenkt hat, und die von *R. v. Volkmann* in seinen klinischen Vorträgen bis auf Weiteres als Gonitis crepitans bezeichnet wird, bei der fast nur durch eine regelmässige, strenge und mit starkem Erfolge durchgeführte Entfettungscur etwas zu erreichen ist. Das Uebel kommt fast ausschliesslich bei Frauen vor, die rasch corpulent geworden sind, nachdem sie früher meist gracil gewesen waren, eine Erscheinung, welche man übrigens am häufigsten bei Multiparen beobachtet. Diese Kranken fangen dann meist gegen das Ende der Dreissiger- oder in den Vierziger-Jahren an, mehr und mehr unbehilflich zu werden, sind nicht im Stande, erheblich weite Wege zu machen und klagen dabei über grosse Müdigkeit und über reissende Schmerzen in den Kniegelenken, die gewöhnlich als rheumatische bezeichnet und nur dann mit Erfolg durch Bäder behandelt werden, wenn diese letzteren gleichzeitig zufällig zu einer stärkeren Abmagerung führen. Wenn man diese Personen untersucht und bei auf die Patella gelegter Hand Flexions- und Extensionsbewegungen machen lässt, so fühlt man ein äusserst feines Knirschen im Gelenk, welches auch nicht einen Augenblick mit dem groben Knarren und Krachen verwechselt werden kann, das bei eigentlichen Knorpeldefecten oder gar bei Caries zur Beobachtung kommt. Die Resultate, welche man bei solchen Patienten oder Patientinnen durch regelmässige Entfettungscuren in Verbindung mit Massage, Douchen, Einreibungen und Bewegungen, mit Hilfe von Maschinenapparaten (z. B. dem *Bonnet*'schen) erreicht, sind oft geradezu erstaunlich.

1036. ***Amylenhydrat gegen Epilepsie.*** *Von Dr. **H. A. Wildermuth** in Stuttgart. (Neurolog. Centralbl. 1889. 15. — Der prakt. Arzt. 1889. 9.)*

Verf. hat Amylenhydrat gegen Epilepsie mit gutem Erfolge angewendet. Im Ganzen wurde das Mittel bei 30 männlichen und 36 weiblichen Kranken versucht. In der überwiegenden Mehrzahl war das Resultat ein günstiges; theilweise erschien die Krankheit geradezu coupirt. Die zur Anwendung gebrachte Quantität betrug pro dosi 2—4, pro die 5—8 Grm. Nach mehrfachen Versuchen zeigte sich als das Zweckmässigste die Verabreichung einer wässerigen Lösung 1 : 10, welche in Quantitäten von 20—40 Grm. pro dosi in verdünntem Wein oder Obstmost gegeben wurde. Abgesehen von einem Falle handelt es sich hier um lauter seit Jahren mit Epilepsie behaftete Kranke, die seit lange mit Brom, Bromkali allein oder Mischung von Bromsalzen behandelt worden waren, ausserdem meist noch Atropin oder Pillen mit Zink und Belladonna-Extract erhalten hatten. Mit Gebrauch der Pillen hörte man beim Beginne der Amylenbehandlung sofort auf; die Bromgabe wurde in sehr kurzen Zwischenräumen vermindert, und wenn trotzdem der günstige Erfolg anhielt, ganz weggelassen. Von besonderem Interesse sind die Resultate bei gehäuften Anfällen, denen wir sonst bekanntlich

sehr oft machtlos gegenüberstehen. Hier bewährten sich subcutane Injectionen von 1—2 Spritzen Amylenhydrat vorzüglich. Während bei der Anwendung des Amylens beim État du mal in der besprochenen Weise keinerlei üble Nachwirkungen beobachtet wurden, treten bei längerem Gebrauch grösserer Gaben unangenehme Erscheinungen auf, welche besondere Erwähnung verdienen. In erster Linie ist hier zu nennen: grosse anhaltende Schlafsucht, welche sich in ganz unberechenbarer Weise schon nach kleinen Gaben in einzelnen Fällen einstellt. Oft zwar hörte dieselbe spontan auf, nachdem die Kranken sich an das Mittel gewöhnt hatten, ohne dass eine Verminderung der Tagesgabe erforderlich war. Darreichung des Medicamentes in mässiger Gabe, Anordnung regelmässiger Mittagsruhe unterstützen die Angewöhnung. Tritt letztere nicht ein und lässt die günstige Einwirkung auf das Grundleiden den Weitergebrauch trotzdem wünschenswerth erscheinen, so zeigen sich kleine und mittlere Gaben von Cocain innerlich in Dosen von 0·02—0·05 pro dosi, 0·08—0·2 pro die von sehr guter Wirkung. Seltener als Schlafsucht sind Verdauungsstörungen, Obstipation und Appetitmangel. In ähnlicher Weise wie die Schlafsucht verschwinden auch diese oft genug spontan oder ebenfalls bei Verabreichung möglichst gebrochener Gaben. Was einer dauernden, wenn nöthig auf Monate oder Jahre sich erstreckenden Verabreichung entgegensteht, ist die Thatsache, dass in vielen Fällen nach 6 bis 8 Wochen die antiepileptische Wirkung des Mittels nachlässt, der weiteren Erhöhung der Dosis aber durch eine ganz erhebliche Steigerung der genannten üblen Nebenwirkungen rasch eine Schranke gesetzt wird. *Wildermuth* hält die Anwendung des Amylenhydrats als Antiepilepticum für indicirt: 1. bei gehäuften Anfällen, 2. bei starkem Bromismus, welcher ein zeitweises Aussetzen des Mittels für angezeigt erscheinen lässt; 3. bei Epilepsia nocturna etwa abwechselnd mit Brom, in frischen Fällen mit Atropin zusammen. Nach seinen bisherigen Beobachtungen scheint die Wirkung bei der reinen Epil. nocturna eine bessere zu sein, als bei den Formen der Fallsucht, in welchen die Anfälle bei Tag und bei Nacht in weniger regelmässiger Weise vorkommen.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

1037. ***Ueber die Behandlung des Genu valgum und des Genu varum mit besonderer Berücksichtigung der Osteotomie.*** *Von E. Hahn in Berlin. (Berliner Klinik. Heft 10.)*

Verf. anerkennt drei Behandlungsmethoden, welche ihre ganz gesonderten Indicationen haben: 1. Die Maschinenbehandlung nur im Alter von 3—5 Jahren bei Kindern, deren Eltern weder Mühe, noch Kosten während vieler Monate scheuen. 2. Das einmalige oder allmälige Redressement, wenn der rhachitische Process noch nicht abgelaufen, die Knochen noch weich und biegsam, und eine Geradestellung derselben durch Händekraft, ohne eine Epiphysenlösung und ohne Fracturen sich hervorbringen lässt. 3. Die Osteotomie, und zwar ausschliesslich ober- und innerhalb der Condylen am Femur. Was diese letztere Operation betrifft,



hält Verf. es am gerathensten, bei Genu valgum am Oberschenkel an beiden Seiten mit einem etwa 1 Cm. breiten Osteotom zu operiren; die Osteoklase mit zweiarmigem Hebel hält *Hahn* bei Genu valgum adolescentium und bei abgelaufener Rhachitis für ganz ungeeignet. Zum Schlusse sagt Verf., dass seiner Erfahrung nach die Osteotomie das Genu valgum und varum nach abgelaufener Rhachitis bei Kindern und Erwachsenen am vollkommensten, schnellsten und sichersten zu beseitigen im Stande ist, und in functioneller und cosmetischer Beziehung die besten Resultate liefert. *v. Buschman.*

1038. ***Ueber Wundbehandlung mit Zucker.*** *Von Dr.* ***J. Danhausser.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Chir. 29. Bd., 4. — Der prakt. Arzt. 1889. 9.)*

Verf. berichtet über die auf der Strassburger Klinik seit nahezu 5 Jahren erzielten Resultate der Wundbehandlung mit Zucker. Ausser Jodoformzucker (1 : 10), welcher in manchen Fällen von specifisch tuberculösen Processen benutzt wird, kommt jetzt nur noch reiner Zucker in feinster Vertheilung zur Verwendung. Der Zucker wird, in einen Sack eingefüllt, direct auf die Wunde gelegt. Der früher angewendete Abschluss des Verbandes durch Guttaperchapapier wird jetzt weggelassen. Dadurch wird die Auflösung des Zuckers (durch die Verdunstung der Secrete) wenn auch nicht ganz verhindert, so doch stark hintangehalten. Der Wundverlauf ist unter dem Zuckerverbande für gewöhnlich, wenn also keine beträchtliche Eiterung eintritt, ein recht befriedigender. Die Wunden selbst sehen unter dem Verbande gut aus, die Haut in der Umgebung ist ungereizt, nur einmal wurde bei stärkerer Secretion Eczem beobachtet. Gewöhnlich bleibt der erste Verband 6—8 Tage liegen. Neben dem Zuckersack kommt dann noch Zucker in einer zweiten Form zur Verwendung, indem derselbe nämlich direct auf Wunden aufgestreut wird, hauptsächlich um sie von Belag und Geruch zu reinigen und um dann eine kräftige Granulation zu bezwecken. Es kommen hier die unreinen Wunden, speciell Beingeschwüre, jauchende Carcinome in Betracht. Der Zucker selbst hat keine antiseptischen Eigenschaften, er ist vielmehr nur als ein zur Aufsaugung der Wundsecrete und zum Schutze gegen von aussen herantretende Infection dienendes Mittel anzusehen, er spielt also vielmehr eine passive Rolle und ist so seine Verwendung allen den von uns getroffenen Massregeln gleichzusetzen, welche dazu dienen sollen, die Wunde aseptisch zu erhalten, nachdem sie durch die Desinfection mit Sublimat aseptisch gemacht worden ist. Diese Wirkung wird dadurch hervorgerufen, dass sich der Zucker durch die in ihn eintretenden Gewebssäfte zersetzt und so Milchsäure entsteht, die dem Gemische, selbst wenn es vorher alkalisch war, bald eine saure Reaction verleiht, in der ja die meisten Bacterien nicht gedeihen können. *Danhausser* gibt dann eine Uebersicht der mit Zuckerverband behandelten Amputationen, Resectionen, complicirten Fracturen, Necrotomien, Osteotomien u. s. w. Aus den Operationsresultaten schliesst *Danhausser*, dass der Zuckerverband volle Berechtigung hat, in die Reihe der übrigen Verbandmethoden aufgenommen zu werden, dass er vor den meisten Verbänden das voraus hat, dass nach der Desinfection der Wunde mit Sublimat



nach vollendeter Operation keine giftige Substanz mehr mit dem Körper in Berührung kommt, dass vor Allem die Wunden, die voraussichtlich per primam, oder durch kräftige Granulationen heilen, ferner alle oberflächlichen, gut zugänglichen Wunden einen sehr günstigen Verlauf unter dem Zuckerverband nehmen, dass schliesslich der Verband ein überall leicht zu beschaffender ist.

1039. ***Extraction einer vor 15 Jahren verschluckten Zahnbürste aus dem Magen.*** *Von* ***Hashimoto.*** *(Arch. f. klin. Chir. XXXVII. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 35.)*

Die 49jähr. Patientin hatte die Gewohnheit, sich mit einer japanischen Zahnbürste (bestehend aus einem federhalterdicken Stäbchen, welches an der einen Seite pinselförmig, an der anderen spitz endet) Morgens die Zungenwurzel und die hintere Schlundwand zu kitzeln. Bei dieser Gelegenheit verschluckte sie die Bürste im Mai 1872. Etwa 10 Monate später bildete sich eine Eiterbeule in der Magengegend, welche von selbst aufging, wobei das spitze Ende der Bürste ca. 1 Cm. hervorsah. Ein Arzt begnügte sich mit Abschneiden dieses herausgetretenen Theiles der Bürste. Die Wunde heilte darauf und die Pat. behielt nur ein unangenehmes Gefühl in der Magengegend von der Anwesenheit des Fremdkörpers zurück. Nach $13^1/_2$ Jahren bildete sich wieder Anschwellung und Eiterung, aber dieses Mal in der Nabelgegend, wo auch der Fremdkörper gefühlt wurde. Die betreffende Fistel wurde genügend erweitert, der Fremdkörper extrahirt und dabei die Magenwand blossgelegt. Bei dieser Operation entwichen geruchlose Gase und fand dieses auch nach der Operation statt, ebenso reagirte das Wundsecret sauer. Es bildete sich eine kleine Magenfistel aus, welche sich aber im Laufe der 5. Woche post operationem spontan schloss. Verf. befindet sich hinsichtlich der Extraction von Fremdkörpern aus dem Magen auf dem Standpunkt von *König* und hält dieselbe primär nur dann für gerechtfertigt, wenn diese Körper spitz oder sonst Verletzungen zu erzeugen fähig sind. Durch die Antiseptik und die Anheftungsnähte ist inzwischen auch die Prognose solcher Primärextractionen erheblich gegen früher gebessert. Er selbst hat eine derartige Extraction ebenfalls bei Gelegenheit des Verschluckens einer Zahnbürste bei einem 36jährigen Friseur, und zwar am 6. Tage nach dem Unglücksfalle, ausgeführt. Leider bestand schon Perforationsperitonitis und Pat. starb 3 Tage später.

1040. ***Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren.*** *Von Dr.* ***James Israel.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1889. 7 u. 8. — Centralbl. f. Chir. 1889. 40.)*

Die Bedingungen, unter denen eine Palpation der Niere möglich ist, sind: geringe Mächtigkeit des Fettpolsters, nicht zu starke Spannung der Bauchdecken, nicht zu kleiner Abstand der unteren Rippen vom Darmbeinkamm, starke Ausbildung der physiologischen Lordose der Lendenwirbelsäule. Die Därme müssen entleert sein. Die 3 brauchbaren Verfahren der Palpation sind: 1. Bimanuelle Palpation in der Rückenlage, wobei der Arzt auf der zu untersuchenden Seite steht, mit der gleichnamigen Hand einen Zoll unterhalb der Vereinigungsstelle der 10. Rippe mit dem Rippenbogen, die Bauchdecken langsam und zart eindrückt,



während die andere Hand von der Lumbalgegend aus dagegendrückt. 2. Das von *Guyon* beschriebene Ballottement renal. Lage des Kranken und Stellung des Arztes wie beim vorigen Verfahren. Mit der unter die Lendengegend untergeschobenen Hand macht der Arzt kurze, nicht zu starke, regelmässig und schnell aufeinander folgende Schläge gegen die Lende, wodurch die Niere gegen die vordere Bauchwand schnellend gehoben wird. 3. *Israel* untersucht in der Seitenlage; ist die linke Niere zu untersuchen, so liegt der Pat. auf der rechten Seite, der Arzt steht rechts und legt die rechte Hand auf die Lumbalgegend, die linke auf die vordere Bauchwand. Bei den Athembewegungen gleiten die Fingerkuppen über den unteren Rand der Niere. Verf. hat im Gegensatz zu den Angaben, dass die Niere die Athembewegungen nicht mitmache, bei zahlreichen Untersuchungen gefühlt, dass die nicht verwachsene Niere, allerdings weniger ausgiebig als Leber und Milz, die Athembewegungen mitmacht; ebenso kann man sich von oft ausgiebigen Bewegungen der Niere überzeugen, wenn sie am Lebenden durch den Schnitt blossgelegt ist. Bei nicht abnorm beweglicher Niere lässt sich nur ihr unteres Drittel, höchstens ihre untere Hälfte abtasten; man fühlt dann einen Körper mit abgerundetem stumpfen Rand, wodurch sie sich von Leber und Milz unterscheiden lässt. Leber und Milz lassen sich von der Niere abgrenzen, indem man mit den Fingerspitzen zwischen die beiden eindringt und den Rand der Leber und Milz von der Niere abhebt. Bei einem 14jährigen Knaben mit Nierensarcom konnte *Israel* das Vorhandensein einer normal grossen Niere auf der anderen Seite durch Palpation feststellen; ebenso bei einer 35jährigen Frau mit Nierenstein. Bei einer an langdauernder Hämaturie leidenden mageren Frau konnte Verf. einen Stein in der nicht vergrösserten Niere palpiren, der nachher bei der Operation richtig gefunden wurde. Ferner konnte er eine halbkirschengrosse Geschwulst (Krebs) in der sonst nicht vergrösserten Niere fühlen. Zu dem für die Diagnose einer Nierengeschwulst nothwendigen Nachweis, dass dieselbe dem lumbalen Theil der Bauchwand aufliegt, leistet das Ballottement die besten Dienste, vorausgesetzt, dass die Geschwulst nicht so gross ist, dass sie der vorderen Bauchwand fest anliegt. In den letzteren Fällen kann man den renalen Ursprung der Geschwulst oft indirect nachweisen, indem man die übrigen in Frage kommenden Bauchorgane in normaler Grösse abtasten und von der Geschwulst abheben kann. Der renale Ursprung einer Geschwulst lässt sich ferner häufig aus der retroperitonealen Lage der Niere schliessen; in der Regel verläuft das Colon ascendens oder descendens an der Vorderfläche der Nierengeschwulst und lässt sich dann als ein schmaler, fester, unter den Fingerspitzen rollender Strang fühlen, wenn es leer, oder als eine wurstförmige, nachgiebige Vorwölbung, wenn es mit Gasen gefüllt ist. Häufig ist jedoch der Darm auch nicht nachzuweisen, besonders rechts, wo er in Folge der Lage des Darmes zur normalen Niere oft nach innen oder nach innen und unten verdrängt ist. Diese Anhaltspunkte gelten aber nur für nicht zu grosse Geschwülste; bei solchen, welche die ganze Bauchhöhle ausfüllen, gelten sie nicht. Verwechslung mit anderen Geschwülsten ist namentlich auch dadurch



möglich, dass, wie dies ausnahmsweise vorkommt, Darmstücke an der Vorderwand von Eierstocks- oder Lebergeschwülsten in Folge von Verwachsungen sich vorfinden; so fand sich z. B. ein Dünndarm quer über den Hals einer cystisch erweiterten Gallenblase. In diesen Fällen entscheidet die Palpation; erst wenn es gelingt, den Leberrand von der Geschwulst abzuheben, kann man den Ursprung der Geschwulst von der Leber ausschliessen; der blosse Nachweis des Randes genügt nicht, da die Geschwulst von der unteren Fläche der Leber ausgehen kann. Einen viel beschränkteren Aufschluss gibt die Palpation über die Natur der Nierengeschwülste. Pathognomonische Palpationsergebnisse gibt es, abgesehen von der Wanderniere, drei, die aber sehr selten sind: 1. das Hydatidenschwirren, 2. Reibungsgeräusch beim Vorhandensein von mehreren Steinen im Nierenbecken, und 3. die Verkleinerung einer Retentionsgeschwulst, welche durch Druck einen Theil ihres Inhaltes nach der Harnblase entleeren lässt. Das Fluctuationsgefühl ist sehr unsicher; auch aus der Oberflächenbeschaffenheit der Nierengeschwulst lässt sich kein sicherer Aufschluss über die Natur derselben gewinnen.

1041. ***Ueber Lungenentzündung nach Laparotomien in Folge von Zersetzung des Chloroforms im Gaslicht.*** *Von Prof.* ***Zweifel.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1889. 15. — Centralbl. f. Chir. 1889. 38.)*

Eine der Gefahren, welchen die Laparotomirten auch jetzt noch trotz der guten Erfolge der Bauchhöhlenchirurgie ausgesetzt sind, rührt von den Athmungsorganen her. Bei bestehendem Bronchialcatarrh soll eine Laparotomie möglichst vermieden werden, weil der Husten unterdrückt wird, um die schmerzhafte Zerrung der Bauchnaht zu vermeiden. Schon seit Jahren führt *Zweifel* keinen Bauchschnitt bei bestehender Bronchitis aus und trotzdem traten in der letzten Zeit nach Laparotomien schwere Bronchitiden und Catarrhalpneumonien auf. *Zweifel* beobachtete dies in besonders hohem Grade, seit im December v. J. eine Gasflamme (Argandbrenner) im Operationssaal derart angebracht wurde, dass sie gestattete, bei trübem Wetter auch am Tage das Gaslicht anzuwenden, statt wie bis dahin nur Nachts bei Kaiserschnitten. Mit dieser Beleuchtung wurden vom 8. December 1888 bis 8. Februar 1889 9 Operationen in Chloroformnarcose ausgeführt; davon blieben 2 Pat. mit Kaiserschnitten, welche nur kurze Zeit im Operationsraume waren, frei von Athmungsbeschwerden; die übrigen, und zwar jedesmal diejenigen am schlimmsten, welche zuletzt operirt wurden, bekamen theils Husten, theils Rasseln, theils schwere catarrhalische Pneumonien, welcher eine Pat. erlag. Der schädliche Einfluss auf die Athmungsorgane rührt offenbar daher, dass sich das Chloroform an der Gasflamme zersetzte, wie es sich in der glühenden Kaliglasröhre in Chlorwasserstoffsäure, freies Chlor und unbestimmte Zwischenproducte zersetzt. Diese Zersetzung lässt sich leicht wahrnehmen, wenn in einem kleinen, schlecht ventilirten Local bei Gasbeleuchtung chloroformirt wird. Es füllt sich dann das Local mit dicken Nebeln, welche alle Anwesenden zu heftigem Husten reizen. *Zweifel* ordnete deshalb an, dass bei Gasbeleuchtung die Chloroform- durch die Aethernarcose ersetzt



wurde; seither kamen alle Operirten ohne Spur von Hustenreiz durch. In einem Fall wurde aus Versehen wieder Chloroform statt Aether verwandt, und diese Kranke bekam eine schwere catarrhalische Pneumonie.

1042. ***Erfolg der zielgemässen Behandlung des weiblichen Unvermögens zum Stillen.*** *Von Dr.* ***Mensinga,*** *Flensburg. Vortrag im Verein Schleswig-Holsteiner Aerzte den 7. August 1889 in Flensburg. (Allg. med. Centralztg. 1889. 74.)*

Vortragender stellte eine Frau aus seiner Praxis vor. Sie hatte im Jahre 1871 zum erstenmale geboren, acquirirte in der rechten Brust eine $2^1/_2$ Monate dauernde Mastitis, welche einen Exsudatknoten in derselben und Sterilität der Mamma zurückliess. Mit der linken Brust konnte Pat. ein Jahr lang, aber nur des Nachts stillen. Die folgenden 7 Schwangerschaften boten absolut dasselbe Resultat, links nur Nachts geringe Milchsecretion, rechts absolute Milchlosigkeit bei persistentem Exsudatknoten; bei der 9. Geburt im Jahre 1886 weder links, noch rechts Milch in der Brust, Februar 1889 Zange wegen Atonia uteri. Am 3. Tage war es nicht möglich, auch nur eine Spur Flüssigkeit aus der minutiösen atrophischen linken oder aus der durch einen halbhühnereigrossen Knoten etwas grösser erscheinenden rechten Brust zu drücken. Sofortige Einleitung der Massage nebst entsprechender therapeutischer Massnahme; kalte Waschungen örtlich, Diät etc. Nach der 3. (täglichen) Massage zeigte sich deutlich ein blaues Venennetz auf Thorax und Mamma, das täglich zunahm; nach der 6. Massage liess sich beiderseits Colostrum auspressen, nach der 12. Massage verschwand der Exsudatknoten rechts vollständig, nach der 16. war genügende reichliche Milch vorhanden, so dass die Frau von da ab nicht nur Nachts, sondern auch am Tage, und nicht nur links, sondern auch rechts in gleichmässiger Weise zu stillen vermochte. Die Anwesenden überzeugten sich, dass die mit ihrem frischen Kinde erschienene, seit 6 Monaten stillende Frau volle Milch besass, welche sich bei Druck auf die Warze im Strahle entleerte. Vortragender bemerkte, dass Pat. im Juni wider Gewohnheit menstruelle Blutung bekommen, welche mit Hydrastis erfolgreich bekämpft wurde, im Juli abermals sehr stark, so dass nur die Tamponade der Vagina übrig blieb und Hilfe brachte. Jetzige Diagnose: Asthenia sexualis.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1043. ***Die Hornhautentzündung (Keratitis) und ihre Behandlung vom ätiologischen Standpunkte betrachtet.*** *Von Dr. E.* ***Mandelstamm*** *in Kiew. (Volkmann's klin. Vorträge. 345.)*

Unter Keratitis versteht Verf. einen solchen krankhaften Zustand der Hornhaut, wobei letztere stets, in grösserem oder geringerem Umfange getrübt, ihre normale Spiegelung mehr weniger beeinträchtigt, manchmal ihre Intactheit theilweise aufgehoben ist, und wobei ausserdem stets Gefässinjection an der Peripherie wahrzunehmen und auch stets ihre Function gestört



ist. Die nun folgenden Ausführungen des Verf. über Entstehung und Verlauf des Leidens bringen zwar nichts Neues, sind aber ganz interessant gehalten. Denselben zufolge theilt er die Keratitisformen in drei grosse Gruppen, entsprechend dem histologischen Baue der Cornea, und zwar: als erste Gruppe die conjunctivalen oder oberflächlichen, als zweite Gruppe die scleralen, als dritte Gruppe die chorioidalen Keratitiden. Dieser Eintheilung folgen auch die Angaben über therapeutische Massnahmen.

v. Buschman.

1044. ***Ueber die galvanokaustische Heilung der folliculären Bindehautentzündung.*** *Von Oberstabsarzt **Burchardt**. (Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1889. 4. — Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. September 1889.)*

Ueberzeugt, dass bei allen trotz der bisherigen Versuchsergebnisse doch bacteriologisch zusammengehörigen Formen von folliculärer Bindehautentzündung der Sitz des ansteckungsfähigen Materials in dem Gewebe selbst, und zwar speciell in den Follikeln der Bindehaut zu suchen sei, hat sich Autor der galvanokaustischen Zerstörung dieser Gebilde mit der Absicht zugewandt, einerseits möglichst viele Follikel auf einmal zu zerstören, andererseits die keimfreie Umgebung nach Möglichkeit zu schonen. Er empfiehlt daher zur Ausführung der kleinen Operation, welche selbst bei Kindern in der Regel unter Cocain geschieht, die Anwendung eines möglichst spitz gebogenen, möglichst dünnen und kurzen Glühdrahtes, zur Nachbehandlung nur einmaliges Touchiren mit dem Cuprumstift oder $^1/_5$procent. Cuprumlösung und tägliches Einpudern mit Jodoform. Es folgt auf den Eingriff höchstens eine mässige, rasch vorübergehende Schwellung der Bindehaut. Meist erzielte Autor schon in 6—10 in der Regel wöchentlich wiederholten Sitzungen Heilung, und zwar stets ohne jede Schrumpfung der Bindehaut, obgleich in manchen Fällen bis zu 50 Follikel von der Schleimhaut eines einzigen Lides in einer Sitzung abgebrannt wurden. *Burchardt* spricht sich im Allgemeinen für einen möglichst frühzeitigen Beginn dieser Behandlung aus und macht auf die besondere Wichtigkeit derselben gerade für das Heer aufmerksam, da bei den in Dienst gestellten Mannschaften es sich ja nur um mit Schrumpfung der Bindehaut und Pannus noch nicht complicirte Fälle handeln könne und durch Ausrottung der Erkrankung beim Militär dieselbe auch bei der Civilbevölkerung mehr und mehr zum Schwinden gebracht werden könne.

1045. ***Erstickung in Folge Verschlusses des Kehlkopfes durch eine Kirsche.*** *Von Dr. **H. Windelschmidt**. (Monatsschrift f. Ohrenheilk., sowie f. Kehlkopfkrankh. 1889. 9.)*

Ein kräftiger Junge von 2 Jahren hatte vor dem Hause bereits einige Kirschen verzehrt, als die kleinere Schwester die letzte haben wollte. Der Junge steckte die Kirsche hastig in den Mund, wobei das Dienstmädchen ihm laut zurief, er solle den Kern ausspucken. In demselben Augenblicke machte der Junge den Mund weit auf (Würgebewegung) und griff sich an den Hals. Das Mädchen führte den Knaben, welcher ganz blau geworden war, nun circa 10 Schritte weit zum Vater, welcher denselben auf den Arm nahm und mit dem Finger in den jetzt fest zugeklemmten

Mund, so weit er die Zähne auseinanderbringen konnte, einging, ohne jedoch von der Kirsche etwas zu fühlen. Der ganze Vorgang bis zum Tode des Kindes hat angeblich kaum eine Minute gedauert. Nach einer Stunde konnte *Windelschmidt* die unversehrte, nicht entkernte, harte, ziemlich dicke Kirsche zwischen den Mandeln, welche leicht geschwollen waren, und dem Kehldeckel gelegen, auffinden. Die Mandeln schienen die Kirsche eingeklemmt zu haben. Die Kirsche schien nämlich von hinten fest zwischen die Mandeln eingeschoben. Beim dritten Versuche, die Lage der Kirsche genauer zu sehen, und beim stärkeren Druck auf die Zunge kam das Corpus delicti bis vor den Mund herausgeglitten. Die Kirsche hatte also durch directen Druck auf den Kehldeckel die Erstickung veranlasst, möglicherweise mittelst Einklemmung von Seiten der etwas hypertrophirten Mandeln.

Dermatologie und Syphilis.

1046. ***Ueber hereditäre Syphilis.*** *Von Prof.* ***J. Neumann.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1889. 4—9.)*

Verf. stellt folgende 5 Fragen auf: 1. Wie verhält sich die Descendenz, wenn Vater und Mutter zur Zeit der Zeugung, resp. der Conception nicht syphilitisch sind und die Mutter erst nach der Conception inficirt wurde — rein postconceptionelle Syphilis? 2. Wie verhält sich die postconceptionelle Syphilis der Mutter zur Descendenz, wenn der Vater schon zur Zeit der Zeugung syphilitisch war? 3. Wie verhält sich die postconceptionelle Syphilis zur Nachkommenschaft, wenn der Gesundheitszustand des Vaters zur Zeit der Zeugung unbekannt geblieben, die Mutter zur Zeit der Conception gesund war? 4. Wie verhält sich die Nachkommenschaft, wenn die Infection und Conception der Mutter gleichzeitig erfolgt ist? 5. Wie verhält sich die Nachkommenschaft, wenn Vater oder Mutter oder Beide schon vor der Conception syphilitisch waren?

Die Auseinandersetzungen Prof. *Neumann's* stützen sich auf 261 an seiner Klinik gesammelte Beobachtungen, deren kritische Verwerthung zu folgenden Schlussfolgerungen führt: 1. Bei der rein postconceptionellen Syphilis begünstigt die Infection der Mutter in den ersten Schwangerschaftsmonaten die Erkrankung des Kindes, in nahezu der Hälfte aller Fälle blieben die Kinder verschont. *Neumann* führt eine Beobachtung von acquirirter Syphilis bei einem 7 Jahre alten Kinde an, dessen Mutter 6 Monate vor seiner Geburt inficirt worden war. Sicher ist also, dass die Scheidewand zwischen Mutter und Fötus durch das syphilitische Virus überschritten werden kann und in den letzten 120 Tagen der Gravidität die Infection der Mutter die Frucht am wenigsten gefährdet. 2. Selbst dann, wenn die syphilitische Erkrankung des Vaters zur Zeit der Zeugung erwiesen ist und die Mutter erst nachträglich erkrankt, können gesunde Kinder zur Welt gebracht werden. Es scheint, dass in diesen Fällen sich im Wesentlichen die paterne Syphilis geltend macht. 3. Bei den Fällen von postconceptioneller Syphilis, wo der Vater unbekannt

war, lässt sich aus dem Schicksale der Kinder mit Wahrscheinlichkeit schliessen, dass darunter viel Fälle von rein postconceptioneller Syphilis gewesen sein mochten. 4. In der Reihe der Fälle, in welchen die Conception und die Infection gleichzeitig stattgefunden hatten, blieben von 47 doch nur 15 gesund und es steht diese Beobachtung im Widerspruche mit der Annahme, dass bei diesen Umständen die Kinder syphilitisch sein müssen. 5. Bei der Infection vor der Conception kommt zunächst die Zeit in Betracht, in welcher die Conception stattgefunden. Ein grösserer zeitlicher Zwischenraum und vorausgegangene mercurielle Behandlung der Eltern sind für die Kinder günstige Momente. 6. Es ist unrichtig, dass tertiäre Syphilis die Weiber steril macht.

1047. ***Ueber die Todesursache nach Hautverbrennungen.*** *Von Dr.* **Welti.** *(Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie. Bd. IV, pag. 521. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 38.)*

Verf. hat in dem Institut von Prof. *Klebs* eine Reihe von Versuchen angestellt über den Tod nach Verbrühung. Die Versuche waren in doppelter Reihe angeordnet. Einmal wurden die Ohren von Kaninchen in Wasser mit langsam zunehmender Temperatur getaucht, der Tod der Thiere erfolgte dann nach etwa einer Stunde bei circa 57—60°. Bei der zweiten Reihe wurden die Ohren durch einmaliges Eintauchen in Wasser von 57° verbrüht, worauf der Tod nach 1—2 Tagen eintrat. In beiden Fällen fanden sich ganz gleiche Veränderungen, die sich nur durch den Grad ihrer Erscheinung unterschieden. Die Veränderungen bestanden zunächst in einem Zerfall der rothen Blutkörper und in der Bildung von Blutplättchenthromben in vielen Gefässen des Körpers, besonders der Pia, der Nieren und des Intestinaltractus. Blieben die Thiere, wie es in der zweiten Versuchsreihe der Fall war, längere Zeit am Leben, so bildeten sich die Folgen dieser Zustände aus. Die Thromben wurden obturirend, hyalin, das Gewebe necrotisch, an freien Oberflächen, z. B. dem Magen, geschwürig. Eine Beobachtung am Menschen bestätigte diese durch Experimente gefundenen Thatsachen. Therapeutisch empfiehlt Verf., eine möglichst schnelle Steigerung der Alkalescenz des Blutes zu bewirken, da die Blutplättchenthromben vorzugsweise aus Globulin bestehen und dieses sich in Alkalien löst.

1048. ***Ueber Lupus der Schleimhäute.*** *Von* **Bender.** *(Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis. 1888. Heft 6. — Centralbl. f. Chir. 1889. 39.)*

Während der Lupus der Schleimhaut in früherer Zeit für ein verhältnissmässig recht seltenes Leiden galt, mehren sich in den letzten Jahren — seit die Aufmerksamkeit bei allen Lupösen auch auf eine allgemeine Untersuchung gelenkt worden ist, um eventuell noch weitere Localisationen des tuberculösen Processes zu entdecken — die Beobachtungen. *Neisser* hat schon im Jahre 1882 die Anschauung ausgesprochen, dass der Schleimhautlupus nicht blos sehr häufig sei, sondern dass er in vielen Fällen geradezu den Ausgangspunkt des Leidens darstelle. Leider gelingt es nur in einer verhältnissmässig geringen Zahl von Fällen, durch die Anamnese oder gar durch die Untersuchung festzustellen, dass



der lupöse Process — der auf der Schleimhaut vielfach ganz symptomlos verläuft — in der That von ihr seinen Ausgang genommen habe. Auch *Bender* ist es in der vorliegenden Arbeit nur möglich gewesen, an dem Material der Bonner Klinik (380 Fälle) den Nachweis zu führen, wie häufig der Lupus sich auf der Schleimhaut localisirt. Von den 380 Pat. litten 173 (= 45·5%) an sicher constatirtem Schleimhautlupus; in 6 Fällen war überhaupt kein Lupus der äusseren Haut vorhanden. Am häufigsten war die Nasenschleimhaut befallen (in 66·5% der Schleimhautlupusfälle, in 33·3% der Lupusfälle überhaupt), 21mal wurde Lupus auf der Conjunctiva, 24mal im Thränennasencanal, auf Lippen und Zahnfleisch 43mal, am Gaumen 31mal, im Kehlkopf 13mal, am Rectum und an der Zunge je 1mal constatirt. Sehr häufig waren naturgemäss verschiedene Schleimhäute zu gleicher Zeit befallen. Kurz erwähnt mag noch werden, dass an der *Doutrelepont*'schen Klinik bei Lupus der äusseren Haut mit der *Kolischer*'schen Behandlung mit phosphorsaurem Kalk recht gute Erfolge erzielt worden sind.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1049. ***Erfolgreiche experimentelle Uebertragung von Carcinom.*** *Von Arthur Hanau. (Fortschritte der Med. 1889. 9. — Wr. med. Wochenschr. 1889. 38.)*

Die Versuche früherer Autoren, Carcinom experimentell zu überpflanzen, hatten einen absoluten Misserfolg, weil die Ueberimpfung vom Menschen auf's Thier geschah, die Thiere als gleichförmige Begriffe betrachtet wurden, weil man ferner ulcerirende Krebse benützte oder Krebssaft injicirte, zu junge Thiere auswählte und unzweckmässige Methoden anwandte. Erst spät gelang es *Levinsky* und nach ihm *Weber* positive Erfolge aufzuweisen, die jedoch von der Kritik skeptisch aufgenommen wurden. *Hanau* in Zürich stellte Versuche an Ratten an, denen er in den Hohlraum der Tunica vaginalis des Scrotums Partikelchen aus einer krebsigen Drüsenmetastase einbrachte. Er erhielt wiederholt eine ausgebreitete Carcinose, die sich bei der einen Ratte über das Omentum majus und minus, die Peritonealblätter etc. erstreckte und Knötchen von der Grösse einer Erbse bis Kirsche zeigte. Die histologische Untersuchung hat die völlige Gleichheit des Muttermateriales mit dem Impfresultate ergeben. Eine spontane Carcinose war nicht vorhanden. Verf. hält die subcutane Impfung für nicht zweckmässig, man muss in Hohlräume impfen; er hält auf Grund seiner Versuche die lange bezweifelte Möglichkeit der Verimpfbarkeit der Carcinome auf Thiere der gleichen Art für erwiesen. Für die Theorie der infectiösen Ursache der Krebsbildung seien die Versuche nicht verwerthbar. Als Träger der Carcinommetastase gibt *Hanau* gleich *Thiersch* die lebenden Gewebszellen an. Hierfür spricht der in den secundären Geschwülsten gleichbleibende Typus der epithelialen Krebszellen, wie der der Structur der Geschwulst. Als Verbreiter des Krebses sieht er,



wie *Thiersch* und *Waldeyer*, nur die Epithelzellen an und die Krebszellen der Metastase sind nach ihm ausschliesslich Nachkommen der ursprünglich eingewanderten Elemente. Der Beginn neuer Krebsbildung ist durch das Auftreten mikroskopisch nachweisbarer Epithelzellen erwiesen.

1050. ***Ueber Knochentransplantation.*** *Von Prof.* ***Adamkiewicz.*** *(Akademischer Anzeiger der k. Akad. der Wissensch. in Wien. 1889, Mai.)*

Durch eine grosse Anzahl von Versuchen ist von *Adamkiewicz* festgestellt worden, dass es ausnahmslos und mit voller Sicherheit gelingt, nicht nur ausgelöste und in die ursprüngliche Stelle wieder eingefügte, sondern auch die von einem anderen Thiere der gleichen oder einer anderen Species entnommenen Knochenstücke zur Einheilung zu bringen, ohne dass es erforderlich wäre, die Ränder in besonderer Weise zu glätten oder an einander anzupassen. Bei derartigen Verwachsungen spielt das Periost keine Rolle, sie kommen, unter Neubildung eines solchen, sogar zu Stande bei völlig entblössten Knochenrändern. Die organische Verbindung stellt sich vielmehr dadurch her, dass die Lücken zwischen den Knochen durch ein kernreiches Bindegewebe ausgefüllt werden, und sich in diesem, sei es inselförmig, sei es vom umgebenden Mutterboden her Ossificationen bilden, welche durch Vermehrung und Vergrösserung das Bindegewebe endlich derart verdrängen, dass vollständige knöcherne Continuität zwischen Mutterboden und Schaltstück entsteht, wie durch Injection beider gemeinschaftlicher Gefässe nachgewiesen werden kann. Seine Grenze findet dieser Verschmelzungsprocess nur an einer übermässigen Breite der Bindegewebsbrücken.

1051. ***Ueber die Assimilationsgrenze der Zuckerarten.*** *Von* ***F. Hofmeister.*** *Arbeiten aus dem pharmakologischen Institut der deutschen Universität zu Prag. (Archiv f. exper. Pathologie und Pharmakologie. Bd. XXV, pag. 240. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 38.)*

Die vorliegenden, an Hunden angestellten Versuche, in denen die Grenze bestimmt wird, über welche hinaus nach Fütterung mit Kohlehydraten ein Theil derselben in den Harn übertritt, bestätigen zum Theil die bekannten, auch beim Menschen und speciell dem Diabetiker gemachten Erfahrungen. Sie beweisen Folgendes: 1. Die untersuchten Zuckerarten (Dextrose, Levulose, Galactose, Rohrzucker und Milchzucker) geben, im Uebermass genossen, zur Ausscheidung von Zucker mit dem Harn Veranlassung. 2. Die Grösse, bis zu welcher die Zuckerzufuhr gesteigert werden muss, damit Uebertritt in den Harn erfolgt — die Assimilationsgrenze — ist für dasselbe Individuum und die gleiche Zuckerart zu verschiedenen Zeiten annähernd dieselbe. 3. Sie ist jedoch bei demselben Individuum für die einzelnen Zuckerarten verschieden. Am leichtesten gehen in den Harn über Galactose und Milchzucker, viel schwieriger Dextrose, Levulose und Milchzucker. 4. Die Menge des durch die Nieren ausgeschiedenen Zuckers steigert sich mit Erhöhung der Zuckerzufuhr. 5. Es kommt jedoch nicht die gesammte über die Assimilationsgrenze hinaus zugeführte Zuckermenge zur Ausscheidung, sondern nur ein kleiner Bruchtheil derselben. Bei einem Hunde



betrug die Assimilationsgrenze pro Kilo Thier für Rohrzucker 3·6 Grm., für Traubenzucker 1·0—2·3 Grm., für Milchzucker 0·4—0·8 Grm., für Galactose 0·2—0·4 Grm.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1052. ***Staubentwicklung bei Fabriksbetrieben.*** *(Bericht der k. k. Gewerbe-Inspectoren. Wien 1889.)*

In einer Minium- und Bleiglättefabrik wurden von den 11 Absaugepunkten des Exhaustorsystemes im Laufe des Vorjahres 1750 Kilogr. Staub abgesogen und in der Staubkammer abgelagert. In einer Eisenhütte hatte sich in dem den Staub aufsaugenden Behälter nach 14—20 Arbeitsschichten hinter der Schmirgelscheibe ein massiver Kegel aus feinem Schmirgelstaub gebildet in einer Länge von circa 130 Mm. Im Calcinirsaale einer in technischer und hygienischer Beziehung gleich trefflich eingerichteten Sodafabrik sammeln sich in den betreffenden Staubfängern in 14 Tagen circa 100 Kilogr. der feinsten Soda. In Portlandcementfabriken wird die Verstaubung im Mittel auf 0·4 Procent der erzeugten Menge geschätzt. Da die österreichische Erzeugung auf circa 900 000 Metercentner veranschlagt wird, lagern sich, wenn nicht für Staubableitung und Sammlung vorgesorgt wird, an 3600 Metercentner als Staub in den betreffenden Arbeitsräumen, in der nächsten Umgebung und in den Lungen der Arbeiter ab. Aehnliches liesse sich anführen in Bezug auf Mahlmühlen, Magnesitsiebereien, Federweiss-Raffinerien, Knochenstampfen u. s. w. *Dr. E. Lewy.*

1053. ***Leichtsinn bei Benützung von Sprengstoffen.*** *(Bericht der k. k. Gewerbe-Inspectoren. Wien 1889.)*

Mit Dynamit wird mitunter in der denkbar sorglosesten Weise umgegangen. Es bestehen wohl Dynamitmagazine; welche Verwendung dieselben aber finden, mag aus Folgendem erhellen: In einem bergmännisch betriebenen Schieferbruche (74 Arbeiter) ist ein sehr kleines Magazin vorhanden, in welchem sich 100 Kilogramm Dynamit und 50 Kilogramm Rheseid direct auf den Boden gestellt befanden; gleichzeitig lagen aber auch darin Zündkapseln und Eisenwerkzeuge, welch letztere zum Oeffnen der Kisten bestimmt waren! Als der Inspector angesichts dieser Verhältnisse den Verwalter fragte, ob er mit den Bestimmungen der österreichischen Sprengmittelverordnungen vom 2. Juli 1887 R. G. Bl. Nr. 68, und vom 22. September 1883, R. G. Bl. Nr. 156, vertraut sei, gab er zur Antwort, dies wäre Sache des Schaffners. Dieser besass nun thatsächlich die diesfälligen Vorschriften in der Rocktasche; der Inhalt derselben war ihm aber ganz fremd. In demselben Schieferbruche befanden sich in einer neben der Schreibstube gelegenen und mit dieser durch eine Thür verbundenen, ganz finsteren Kammer, welche gleichzeitig als Depôt für ein 115 Liter haltendes Branntweinfass diente, angeblich bis 10 Kilogramm Dynamit. Ob Branntwein oder Dynamit geholt wurde, immer musste man sich des Lichtes bedienen. — In einem anderen, ebenfalls bergmännisch betriebenen Schieferbruche (46 Arbeiter) frug der Gewerbe-Inspector, während er mit dem Aus-



füllen des Inspectionsbogens beschäftigt war, den Schaffner nach dem Dynamitmagazin. Es war ihm die Antwort, dass er darüber sitze! Thatsächlich befanden sich in einem dumpfen Loche des Fussbodens unterhalb des Schreibtisches $12^1/_2$ Kilogramm Dynamit! — Die diesfällige Instruction für die Aufbewahrung und Benützung des Dynamits hing aber oberhalb des Schreibtisches an der Wand. *Dr. E. Lewy.*

1054. ***Ueber den zahlenmässigen Ausdruck der Erwerbsunfähigkeit gegenüber den Unfallversicherungs-Gesellschaften.*** *Von Prof. Dr.* ***Zehender.*** *Ref. W. Feilchenfeld. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1889. XXVII. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 73.)*

Vollen Verlust eines Auges in Bezug auf Arbeitsfähigkeit nimmt Verf. an, wenn auf demselben weniger als $^1/_{100}$ Sehschärfe besteht. Bei Verlust eines Auges und Erhaltensein des anderen berechnet er die Erwerbsunfähigkeit auf $33^1/_3$ Procent, indem er annimmt, das erhaltene Auge habe jetzt doppelten Werth, es bestehe also, da das verlorene Auge einem Werthe von 0 entspricht, ein Gesammtwerth von $\frac{2 \times 1 + 0}{3} = {}^2/_3$, es fehle demgemäss $^1/_3 =$ $= 33^1/_3$ Procent. Ist das zweite Auge auch verletzt, so wird eben nur die erhaltene Sehschärfe jetzt auch doppelt genommen, also — die erhaltene Sehschärfe = a gesetzt —: $\frac{2a + 0}{3} = {}^2/_3 a$. „Beispielsweise also sei a = 0·80; dann haben wir $\frac{2 \times 0{\cdot}8 + 0}{3} = 0{\cdot}53$, woraus sich die Erwerbsfähigkeitsziffer = 47 Procent von selbst ergibt.“ Verf. gibt dann eine tabellarische Uebersicht zur Vergleichung mit den Berechnungen von *Moses*, *Nieden* und *Jatzow*. Ist das eine Auge nicht ganz verloren, so wird nach *Zehender* anstatt der Null der gefundene herabgesetzte Sehwerth einzuführen sein. Also „beispielsweise $\frac{2 + 0{\cdot}8}{3} = 0{\cdot}93$, woraus sich der Procentwerth der Erwerbsunfähigkeit auf 7 Procent berechnet.“

Sind beide Augen in ihrer Sehkraft erheblich verschieden, dann ist das besser sehende stets das massgebende. Trifft in einem solchen Falle das Unglück das besser sehende Auge, so ist es von Bedeutung, ob das schlechter sehende Auge viel oder wenig schlechter sieht, als das verloren gegangene vor der Verletzung. Deswegen muss jederzeit die Sehkraft jedes der beiden Augen in Rechnung gebracht werden, um den Erwerbswerth des übrig gebliebenen Sehvermögens richtig zu schätzen. In Formel gebracht (Erwerbsunfähigkeitsziffer = Z, totale Erwerbsunfähigkeit = 100, a und b die Sehschärfe der beiden Augen, wobei a > b sein muss): $Z = 100 \left(1 - \frac{2a + b}{3}\right)$. Danach berechnet Verf. dann Tabellen, aus welchen man in jedem Falle die Erwerbsunfähigkeit ablesen kann. Schliesslich macht er noch darauf aufmerksam, dass von jedem Arbeiter vor Eintritt in die Arbeit, resp. Versicherung, ein Attest über seine Erwerbsthätigkeitsziffer in Bezug auf die Augen beigebracht werden muss, damit bei eintretendem Unfall die etwa früher festgestellte Erwerbsunfähigkeitsziffer bei der neuen in Abzug gebracht werden kann. Einige Beispiele zur Erläuterung werden dann noch beigefügt.



Hierzu bemerkt der Referent: „Die Annahme, dass bei Verlust des einen Auges das andere doppelten Werth habe, kann durchaus nicht für alle Fälle gelten; bei allen Arbeiten, bei denen es auf Relief, auf geringe Niveaudifferenzen ankommt, muss das entschieden bestritten werden. Ein sehr fleissiger Steinmetz, der Buchstaben auf Grabsteine meisselte, war nach Verlust des einen Auges zu dieser Arbeit nicht mehr im Stande. Er musste, obwohl er in keiner Unfallcasse war und nach dem Unfalle keinerlei Entschädigung erhielt, sich mit einer Arbeit, welche nur einen kleinen Bruchtheil des früheren Verdienstes ihm einbrachte, begnügen. In diesem Falle z. B. würde also die obige Berechnung sehr wenig gerecht gewesen sein. Dass auch bei theilweisem Erhaltensein des zweiten Auges das gesunde, oder gar bei Verletzung beider Augen das bessere mit doppeltem Werthe in Berechnung kommen soll, ist noch weniger zu halten. Mehr als bei anderen Verletzungen muss bei Augenverletzungen je nach dem Berufe und der Thätigkeit des Verunglückten individualisirt werden; allgemeine Regeln lassen sich hier durchaus nicht aufstellen. Ein augenärztliches Attest von jedem Arbeiter vor seinem Eintritte zu verlangen, ist absolut unzulässig; dann müsste man auch über die Muskelkraft und die verschiedensten körperlichen Functionen, welche durch einen späteren etwaigen Unfall beeinträchtigt werden könnten, gleichfalls ein eingehendes Attest verlangen."

1055. ***Desinfection infectiöser Darmentleerungen.*** *Von Prof. Uffelmann. (Berliner klin. Wochenschr. 1889. 25. — Therap. Monatsh. 1889. 9.)*

Verf. gelangte bei eingehender Prüfung der gebräuchlichsten zur Desinfection infectiöser Fäcalien benutzten Substanzen zu Resultaten, welche bezüglich der Wirksamkeit derselben von den bisherigen Annahmen wesentlich abweichen. Bei den an flüssigen oder dünnbreiigen Fäcalien vorgenommenen Untersuchungen erwiesen sich am wirksamsten die Mineralsäuren: Schwefelsäure und Salzsäure mit der gleichen oder der doppelten Menge Wassers verdünnt, welche nach zweistündiger, beziehungsweise zwölfstündiger Einwirkung alle in den Fäcalmassen vorkommenden Keime vernichteten. Nächst ihnen erwiesen sich am wirksamsten die saure Sublimatlösung (salzsaure 2 pro Mille-Lösung) und die mit Wasser āā verdünnte Kalilauge. Carbolsäure 5% tödtete nach 1stündiger Einwirkung nicht alle in Fäces vertheilten *Eberth*'schen Bacillen, wohl aber nach 24stündiger diese und fast alle anderen Keime. Creolin 12·5 vernichtete erst nach 24 Stunden fast alle Keime. Aetzkalk wirkte bei einem Zusatz von 0·1 : 10 Ccm. unsicher; bei 0·25 : 10 Ccm. und einer 24stündigen Einwirkung erwies sich derselbe als ein nahezu sicheres Desinficiens. Nicht saure Sublimatlösung (2 pro Mille) vermochte selbst bei 24stündiger Einwirkung nicht immer alle Keime zu tödten; bei ¼stündiger Einwirkung blieben ziemlich viele Keime, selbst Typhusbacillen, am Leben. Ganz unwirksam war das blosse Uebergiessen dieser Fäcalien mit siedendem Wasser. Die Untersuchungen lehren, dass die Dauer der Einwirkung von der grössten Bedeutung ist und dass man nie, selbst nicht bei Anwendung der wirksamsten Mittel, hoffen darf, innerhalb weniger



Minuten Fäces desinficirt zu haben. Am leichtesten waren die Cholerabacillen zu vernichten. Auf Grund der gewonnenen Resultate gibt *Uffelmann*, um flüssige oder dünnbreiige Fäcalien sicher zu desinficiren, folgende Vorschriften: Schwefelsäure oder Salzsäure mit der doppelten Menge Wassers verdünnt. Die Fäcalien sind mit dem gleichen Volumen der verdünnten Säure zu mischen und bei Anwendung von Schwefelsäure 2 Stunden, bei Anwendung von Salzsäure 12 Stunden stehen zu lassen. Carbolsäure 5⁰/₀. Gleiche Mengen Fäcalien und Carbolsäure. Dauer der Einwirkung 24 Stunden. Sublimatlösung (Sublimat 2·0, Acid. muriatic. 0·5, Aquae 1000·0). Gleiche Mengen Fäcalien und Sublimatlösung. Dauer der Einwirkung mindestens $^1/_2$ Stunde, besser 24 Stunden. Aetzkalk. Wenn sich aus praktischen Gründen Aetzkalk empfiehlt, so sind 2·5 Grm. auf 100 Ccm. Fäcalien 24 Stunden lang einwirken zu lassen. Von Kalkmilch sind 2·5 Theile auf 1 Theil Fäcalmasse (24 Stunden) anzuwenden. Betreffs consistenter Fäces sind weitere Untersuchungen nothwendig.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1056. *Die Prophylaxis der Tuberculose.*

*Von Obermedicinalrath Prof. Dr. **Bollinger**.*

(Aus dem Gutachten des k. bayer. Obermedicinalausschusses, veröffentlicht in der Münchn. med. Wochenschr. 1889. 37.)

Das k. bayer. Staatsministerium des Innern übermittelte am 19. Mai d. J. dem k. Obermedicinalausschuss ein an dasselbe gerichtetes Schreiben des prakt. Arztes Dr. *Georg Cornet* in Berlin mit 6 Beilagen (die Publicationen *Cornet's* über Tuberculose siehe Med.-chir. Rundsch. d. J., Nr. 761, 810 u. 833) zur gutachtlichen Berichterstattung mit dem Beifügen, sich auch darüber zu äussern, ob der k. Obermedicinalausschuss auf Grund der Ergebnisse der *Cornet*'schen Untersuchungen bestimmte Massnahmen behufs Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberculose empfehlend zu begutachten in der Lage sei. In Erledigung dieses Auftrages werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse der *Cornet*'schen Untersuchungen wie folgt zusammengefasst: In der grösseren und wichtigsten Arbeit: „Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers" (Zeitschr. f. Hygiene, Bd. V. — Med.-chir. Rundsch. 1889. 761) hat sich Dr. *Cornet* die Aufgabe gestellt, durch Verimpfung des an den Wänden und Bettstellen verdächtiger Localitäten haftenden Luftstaubes auf geeignete Thiere die Frage zu entscheiden, ob das Tuberkelgift nur in nächster Nähe der Phthisiker anzutreffen sei oder ob es allenthalben (ubiquitär) vorkomme. Das Resultat der Versuche lässt sich kurz dahin zusammenfassen, dass von 118 Staubproben, die aus Krankensälen oder Zimmern mit phthisischen Patienten stammten, in 40 Fällen Tuberculose erzeugt wurde, während mit 29 Staubproben von Localitäten, in denen Phthisiker nur vorübergehend weilten, negative Resultate



erhalten wurden. Unter 21 für innerlich Kranke bestimmten Krankensälen fanden sich in 15, also in mehr als $^2/_3$ der Säle, virulente Tuberkelbacillen im Staube an den Wänden und Bettstellen. Während in 5 von 7 Krankenhäusern Tuberkelbacillen wiederholt an der Wand und an den Bettgestellen nachgewiesen wurden, fanden sich in 2 Krankenhäusern in 2 mit zahlreichen Phthisikern belegten Sälen auch in unmittelbarer Nähe der Betten keine Tuberkelbacillen, ein Beweis, dass nicht alle Kranke absolut gefährlich sind, und dass das Pflegepersonal nicht gleichmässig gefährdet erscheint. In einem Hotelzimmer, welches längere Zeit von einer tuberculösen Patientin bewohnt wurde, fanden sich an der Bettstelle und auf Bilderleisten Tuberkelbacillen. Als ausschliessliche Quelle der Luftinfection ist demnach der Phthisiker, resp. dessen nächste Umgebung anzusehen, wobei allerdings ein grosser Unterschied zwischen einem unreinlichen Phthisiker und einem reinlichen oder vorsichtigen besteht. Die Umgebung des reinlichen Phthisikers, der sein Sputum weder in das Taschentuch, noch auf den Boden entleert, sondern sich regelmässig des Spucknapfes bedient, ist ungefährlich (35 beweisende Fälle). Bei allen Patienten, von denen das Ausspucken auf den Boden oder in's Taschentuch glaubwürdig in Abrede gestellt wurde, fanden sich niemals in der Umgebung Tuberkelbacillen. Die Athemluft des Phthisikers ist nicht gefährlich, sondern seine üblen Angewohnheiten.

Die zweite Publication des Herrn Dr. *Cornet* betrifft das Verhalten der Tuberkelbacillen im thierischen Organismus unter dem Einflusse entwicklungshemmender Stoffe, sie hat nur ein theoretisches Interesse und kann hier übergangen werden. In einer dritten statistischen Arbeit untersucht *Cornet* die Sterblichkeitsverhältnisse und speciell die Häufigkeit der Tuberculose in den preussischen Krankenpflegeorden. (S. Med.-chir. Rundsch. 1889. 810.) In erster Linie wurden hier die Angehörigen der katholischen Orden berücksichtigt, da dieselben ihr ganzes Leben der Krankenpflege widmen und somit in einem steten nahen Verkehr mit tuberculösen Patienten stehen. Dieses Material umfasste 4028 Schwestern, resp. Brüder, die 38 Klöstern angehörten. In zwei weiteren Arbeiten: „Die Prophylaxis der Tuberculose“ und „Wie schützt man sich gegen die Schwindsucht?“ (Med.-chir. Rundsch. 1889. 833) formulirt Dr. *Cornet* eine Reihe von Postulaten, die sich auf die Ergebnisse seiner Versuche stützen. Da nur Localitäten, wo sich Phthisiker längere Zeit aufgehalten haben, gefährlich sind, so richten sich die von Dr. *Cornet* vorgeschlagenen hygienischen Massnahmen gegen die Verbreitung der Tuberculose, hauptsächlich auf Verhütung der Infection von Fussboden, Betttüchern, Bettstellen und der Taschentücher der Patienten. Die vorstehend erwähnten Arbeiten des Dr. *Cornet* verdienen in Bezug auf die mit grösster Ausdauer und Sorgfalt angestellten zahlreichen Versuche und deren Ergebnisse alle Anerkennung und bestätigen ziffermässig die Gefahr, welche von dem zerstäubten virulenten Sputum des Phthisikers ausgeht und welche seit der Entdeckung der Tuberkelbacillen von einsichtigen Aerzten stets anerkannt und praktisch berücksichtigt wurde. Gegen die Methode und die Ergebnisse der *Cornet*'schen Untersuchungen lassen sich triftige



Einwände kaum erheben, wohl aber gegen den durchaus einseitig contagionistischen Standpunkt, den er bei Bekämpfung der Tuberculose einnimmt, indem er den Einfluss der Heredität und der Disposition zur Tuberculose vollständig negirt. Die praktisch und theoretisch gut begründete Lehre von der Wichtigkeit der angeborenen oder erworbenen Disposition nennt er eine „unselige". Es ist hier nicht der Ort, diesen einseitigen Standpunkt eingehend zu erörtern und zu widerlegen; nur einzelne Punkte seien in Kürze erwähnt: Dass die bedeutende Sterblichkeit an Tuberculose, wie sie in den Krankenpflegeorden nachgewiesen ist, mit der reichlichen und täglich sich wiederholenden Möglichkeit der Infection beim Verkehr mit phthisischen Patienten in einem causalen Verhältniss steht, wird heutzutage Niemand leugnen. Auf der anderen Seite unterliegt es jedoch keinem Zweifel, dass die bedeutenden Strapazen der Krankenpflege, die aufreibende Thätigkeit des Krankendienstes, Mangel an Bewegung in freier Luft und ähnliche schwächende Momente, die bei der Krankenpflege beschäftigten vorher gesunden Individuen in ihrer Widerstandsfähigkeit, im Ernährungszustande derart herunterbringen, dass dann das tuberculöse Gift einen günstigen Boden und Angriffspunkte findet.

Ferner spricht die Thatsache, dass in den Irrenanstalten Preussens (im Jahre 1875) die Sterblichkeit an Tuberculose (2·19 Procent der Lebenden) ungefähr 4mal grösser war, als bei der geistig gesunden übrigen Bevölkerung (0·48 Procent der Lebenden), nicht ausschliesslich für den dominirenden Einfluss der contagiösen Infection, sondern mindestens ebenso für den schädlichen und disponirenden Einfluss des Aufenthalts in geschlossenen Räumen bei einer an und für sich weniger resistenten Gruppe von Individuen. Wenn der Einfluss der Unreinlichkeit im Sinne *Cornet's* hier allein ausschlaggebend für die Häufigkeit der Tuberculose wäre, so würde diese Thatsache auf die sanitären und hygienischen Verhältnisse der Irrenanstalten ein wenig günstiges Licht werfen. Ferner spricht die grosse Häufigkeit der Tuberculose in den Zellengefängnissen, in denen manchmal 95 Procent der Gesammtsterblichkeit auf Rechnung der Tuberculose kommt, gegen den ausschliesslichen Einfluss der contagiösen Infection. — In einer von *Rudolf Schmidt* auf Veranlassung *Bollinger's* verfassten Arbeit (Die Schwindsucht in der Armee. — S. Nr. 46 d. Allg. Med. Central-Ztg. 1889) wurde der Nachweis geführt, dass die bayerische Armee in den Jahren 1874—1886 einen durchschnittlichen Jahresverlust durch Schwindsucht von 3·7 auf 1000 Lebende zu verzeichnen hatte, während die gleichaltrige (zwischen 20—30 Jahren stehende) männliche Civilbevölkerung nur 2·6 Todesfälle an Schwindsucht auf 1000 Lebende aufweist. Wenn man auch zugibt, dass unter den zugehenden Recruten manche mit latenter, diagnostisch nicht nachweisbarer Tuberculose behaftet sein mögen, so spricht die grosse Frequenz bei einer ausgesucht kräftigen Menschenclasse doch mindestens ebenso sehr für die grosse Bedeutung der schwächenden Momente des Militärdienstes, die für Tuberculose disponiren, als für den Einfluss der contagiösen Uebertragung der Krankheit. Was nun die Frage betrifft, ob der k. Obermedicinalausschuss auf Grund der *Cornet*'schen

Untersuchungsergebnisse bestimmte Massnahmen behufs Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberculose empfehlend zu begutachten in der Lage sei, so ist zunächst zu bemerken, dass Dr. *Cornet* einen zum mindesten sehr optimistischen Standpunkt einnimmt, wenn er an die Spitze seiner prophylactischen Vorschläge den Satz stellt: Die Prophylaxis der Tuberculose erreicht ihr Ziel mit den denkbar einfachsten Mitteln. Wenn die üblen Angewohnheiten des Phthisikers, die mangelnde Vorsicht desselben das gefährliche Moment bei der Verbreitung der Tuberculose darstellen, so liegt es auf der Hand, dass der staatliche Einfluss, sanitätspolizeiliche Massnahmen wenig Aussicht auf Erfolg versprechen, ausser dieselben beschränken sich auf Vorkehrungen in öffentlichen Anstalten: Schulen, Instituten, Irrenanstalten, Casernen, Gefängnissen, Armenhäusern etc., die direct unter staatlicher Leitung stehen. Ausserdem wäre ein gewisser Erfolg zu erwarten, wenn die menschliche Tuberculose von Staatswegen zu den ansteckenden Krankheiten gerechnet würde, bei denen Anzeigepflicht von Seiten der Aerzte, obligate Desinfection und Aehnliches vorgeschrieben würde.

Im Allgemeinen lässt sich annehmen, dass die wichtigste Massregel bei Bekämpfung der Tuberculose, die unschädliche Beseitigung der Sputa phthisischer Patienten, in gut geleiteten und reinlichen Krankenhäusern und öffentlichen Anstalten mehr oder weniger erfolgreich bereits durchgeführt ist, ebenso wie die Mehrzahl der Aerzte bei der Behandlung phthisischer Privatpatienten auf Grund der neueren Forschungsergebnisse die richtige Bahn betreten hat. Immerhin wird es noch einiger Zeit bedürfen, bis die Erkenntniss der hier bestehenden Gefahr, die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit, die phthisischen Sputa ängstlich zu controliren und zu beseitigen, Gemeingut der Aerzte und der Laien geworden ist. Einstweilen wird die staatliche Prophylaxe der Tuberculose sich damit begnügen müssen, die Verwaltungen der seiner directen Leitung und Aufsicht unterstellten Anstalten im Sinne der Vorschrift des Berliner Polizei-Präsidiums vom 12. April 1889 (s. Nr. 611 der Med.-chir. Rundschau 1889) anzuweisen, für möglichste Absonderung der offenbar tuberculös erkrankten Patienten, sowie für unschädliche Beseitigung des Sputums, Desinfection inficirter Localitäten und Gebrauchsgegenstände möglichst Sorge zu tragen. Ferner wäre in Erwägung zu ziehen, welche Massregeln zur Bekämpfung der Tuberculose des Rindes zu ergreifen sind, da neuere Versuche von *Karl Hirschberger*, die im pathologischen Institut zu München angestellt wurden, unzweifelhaft bewiesen haben, dass 55 Procent aller tuberculösen, resp. perlsüchtigen Kühe eine virulente Milch liefern, die im Stande ist, beim Genuss im ungekochten Zustande Tuberculose, namentlich bei Kindern, zu erzeugen. — Mit Rücksicht auf die von Seiten tuberculöser Rinder dem Menschen drohende Gefahr und ihre einschneidende Bedeutung für die Landwirthschaft wurde die Rindertuberculose durch Decret vom 28. Juli 1888 in Frankreich bereits unter die ansteckenden Thierkrankheiten eingereiht. Wie aus vorliegender Darstellung hervorgeht, hängt die Art und Weise, wie staatliche Massnahmen gegen die Verbreitung von Tuberculose in der Zukunft sich gestalten,



wesentlich von der Frage ab, ob bei Entstehung der Tuberculose die contagiöse Infection oder die erworbene Disposition die Hauptrolle spielt.

Bei Gelegenheit eines Vortrages über Entstehung und Heilbarkeit der Tuberculose, den *Bollinger* im Jahre 1888 vor dem I. oberbayerischen Aerztetage gehalten, hat derselbe den Vorschlag gemacht, in den Gefängnissen, diesen Brutstätten der Tuberculose, wo durchschnittlich 38—60 Procent der Mortalität auf Tuberculose zurückzuführen sind, einen Versuch behufs Lösung dieser Frage anzustellen. Zu diesem Zwecke wäre ein Gefängniss wiederholt so gründlich zu reinigen und zu desinficiren, als ob daselbst die Pest oder die Pocken ausgebrochen wären; ferner müsste jeder Fall von Tuberculose, sowie alle verdächtigen Fälle sofort isolirt oder noch besser evacuirt werden. — Sinkt oder verschwindet im Anschluss an solche Massregeln die Zahl der Tuberculosefälle, so wäre der Beweis geliefert, dass die Infection von Seiten der Phthisiker oder der inficirten Localität die Hauptrolle spielt, während die erworbene Disposition weniger bedeutungsvoll erscheinen würde. Da bei der grossen Bedeutung der Sache sich die aufgewendete Mühe und die Kosten reichlich belohnen würden, so gestattet sich der Obermedicinalausschuss, diesen Vorschlag des Referenten *(Bollinger)* dem hohen k. Staatsministerium zur Ausführung zu empfehlen.

Literatur.

1057. ***Handbuch der Geburtshilfe.*** *Bearbeitet von Prof. Dr. H. Fehling in Basel, Prof. Dr. H. Fritsch in Breslau, Prof. Dr. F. Kehrer in Heidelberg, Prof. Dr. L. Kleinwächter in Czernowitz, Prof. Dr. O. Küstner in Dorpat, Prof. Dr. P. Müller in Bern, Prof. Dr. F. Schauta in Prag, Privatdocent Dr. J. Veit in Berlin, Prof. Dr. R. Werth in Kiel. Herausgegeben von Dr. P. Müller, Prof. d. Geburtshilfe u. Gynäkologie an der Universität in Bern. Drei Bände. II. Band. 1. Hälfte. Mit 133 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1888.*

Den Inhalt der vorliegenden 1. Hälfte des II. Bandes des nunmehr in Anlage und Durchführung allseitig anerkannten Handbuches der Geburtshilfe von *P. Müller* bilden zwei Arbeiten, die sowohl durch den Gegenstand, den dieselben behandeln, als durch die Art der Durchführung der betreffenden Themata einerseits die Aufmerksamkeit des praktischen Arztes zu jeder Zeit in Anspruch nehmen, andererseits als Monographien literarische Leistungen von bleibendem Werth bilden. Es sind dies der VI. Abschnitt, verschiedene Schwangerschafts- und Geburtsstörungen, bearbeitet von Dr. *J. Veit* in Berlin und der VII. Abschnitt, die Beckenanomalien, bearbeitet von Professor Dr. *Friedrich Schauta* in Prag.

J. Veit behandelt die Schwangerschafts- und Geburtsstörungen in 13 Capiteln, u. zw.: I. Perimetritis und Metritis in der Schwangerschaft. II. Endometritis in der Schwangerschaft. III. Vorzeitige Unterbrechungen der Schwangerschaft. In diesem Capitel werden Abortus und Partus immaturus hinsichtlich deren Ursache, Verlauf, Diagnose, Prognose und Therapie behandelt. Das IV. Capitel hat die Placenta praevia zum Gegenstande.



J. Veit tritt bei der Behandlung dieses Leidens, sobald das Orificium für 2 Finger offen ist, für die combinirte Wendung ein und überlässt die weitere Austreibung der Frucht den Naturkräften. Die Tamponade wird am besten als Colpeuryse ausgeführt. — Anhangsweise wird hier auch der Prolapsus placentae geschildert. V. Vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitze. VI. Wehenanomalien und VII. Nachblutungen in Folge von Atonie des Uterus werden sehr eingehend behandelt. Bei der Therapie der letzteren wird mit Recht vor der Anwendung der einfachen Scheidetamponade gewarnt. VIII. Inversio uteri. IX. Verwundungen und Zerreissung des Uterus in der Schwangerschaft. X. Ruptura uteri während der Geburt. Bei drohender Ruptur: Verkleinerung des todten oder lebenden Kindes, ausnahmsweise Kaiserschnitt, die Wendung soll niemals versucht werden; bei eingetretener Ruptur: Hineinziehen des Kindes durch den Riss und vaginale Entbindung. XI. Verletzungen des Cervix während der Geburt. XII. Die Verletzungen der Scheide und des Dammes bei der Geburt. XIII. Convulsionen in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Bei der symptomatischen Behandlung der Convulsionen empfiehlt Verf. subcutane Injectionen von Morphium. Die Dosis, welche im speciellen Falle zur Erreichung einer tiefen Betäubung nothwendig wird, lässt sich von vornherein nicht bestimmen. Wird der beabsichtigte Zweck nach einiger Zeit nicht erreicht, so wird man je nach der Stärke der eclamptischen Convulsionen eine mehr weniger grosse Dosis von neuem verabfolgen. Die Nachtheile, die daraus entstehen, dass hierbei möglicher Weise zu grosse Gaben von Morphium eingeführt werden, können nach den speciellen Winken des Verf. wohl umgangen werden. Die Gefahr, welche das Chloroform mit sich bringt, dass der Uebergang des Narcoticums dem Kinde auf die Dauer schadet, trifft beim Morphium nicht zu. *J. Veit* hält dafür, dass eine Combination beider Mittel von sehr gutem Erfolge sein dürfte. Das Chloralhydrat in Form von Clysmen hält er hauptsächlich nach der Chloroformnarcose als während der Morphiumnarcose zur Fortsetzung und Unterstützung der Betäubung werthvoll.

Schauta behandelt das schwierige und wichtige Capitel der Beckenanomalien in 28 Capiteln mit der ihm eigenthümlichen Klarheit und Frische der Darstellung und übersichtlichen Zusammenstellung des reichhaltigen Materials. Eine grosse Anzahl gelungener Abbildungen, deren meiste nach dem reichen Materiale des pathologisch-anatomischen Museums in Prag gezeichnete Originalien sind, erleichtert das Verständniss der hier in Betracht kommenden anatomischen, beziehungsweise geburtstechnischen Verhältnisse. Der allgemeine Theil umfasst die ersten fünf Capitel, in denen die Entstehung des normalen Beckens, die Beckenform des Neugebornen und deren Umgestaltung zu der des Erwachsenen, die Statik und Mechanik des Beckens, die Formen des normalen Beckens, den Inhalt des 1. Capitels bilden. Das 2. Capitel „Erkenntniss des Beckenraumes an den Lebenden" behandelt die Beckenmessung. Nach eingehender kritischer Schilderung der verschiedenen, hier in Anwendung stehenden Methoden spricht *Schauta* der Benützung des von *Skutsch* angegebenen, dem *Winkler*'schen nachgebildeten Tasterzirkels das Wort, nachdem er sich an der Prager Gebärklinik überzeugt, dass die Messungen sehr brauchbare Resultate liefern; überdies hat *Schauta* das Instrument durch einige Modificationen in seiner Brauchbarkeit erhöht und die Messung des Diameter in einer von *Skutsch* etwas abweichenden Weise ausgeführt. Im 5. Capitel „allgemeine Pathologie der Beckenanomalien" stellt *Schauta* zum erstenmale eine Eintheilung der anomalen Becken nach ihrer Ent-



stehungsweise auf physiologischer Grundlage auf. Die von ihm aufgestellten 5 Gruppen sind: 1. Anomalien des Beckens in Folge von Entwicklungsfehlern. 2. Beckenanomalien in Folge von Erkrankungen der Beckenknochen. 3. Anomalien der Verbindung der Beckenknochen unter einander. 4. Anomalien des Beckens durch Krankheiten der belastenden Skeletttheile. 5. Beckenanomalien durch Krankheiten der belasteten Skeletttheile. In diesem Capitel werden auch der Einfluss des engen Beckens auf die Schwangerschaft und Geburt, die Folgen desselben für die Gebärenden und für die Frucht, sowie die Prognose der Geburt, die Prognose für die Mutter und Frucht eingehend erörtert. Ueber den 2. Abschnitt des Werkes, welcher die specielle Pathologie und Therapie der Beckenanomalien behandelt, begnügen wir uns kurz zu berichten, dass die Gründlichkeit *Schauta's* und die Reichhaltigkeit seiner Erfahrungen, sowie dessen eingehende Würdigung der Literatur demselben einen bleibenden Werth in der Fachliteratur sichern. Möge das vortreffliche Handbuch in der Bibliothek keines Arztes fehlen. —*r*.

1058. ***Lehrbuch der pathologischen Mykologie.*** *Vorlesungen für Aerzte und Studirende. Bearbeitet von Dr.* ***P. Baumgarten,*** *o. ö. Prof. d. allgem. Pathologie und pathologischen Anatomie in Tübingen. Zweite Hälfte, zweiter Band, Lieferung 2. (Schluss des Werkes.) Mit 15 nach eigenen Präparaten des Verf. ausgeführten Originalabbildungen im Text, 5 davon in Farbendruck. Braunschweig, Harald Bruhn, Verlagsbuchhandlung für Naturwissenschaft u. Medicin, 1890.*

Mit der vorliegenden Lieferung hat Verf. sein vor Jahresfrist begonnenes Unternehmen, die Schaffung des ersten Lehrbuchs der pathologischen Mykologie, zu Ende geführt. Wer irgend einen Begriff von der Fülle des Materials hat, welche der Verf. zu ordnen und kritisch zu sichten hatte, wird der Leistung, welche in der Schaffung des vorliegenden Lehrbuches ihren Ausdruck findet, seine volle Anerkennung nicht versagen. Am meisten dankbar werden ihm aber die akademischen Lehrer sein, welche den an sie herantretenden Jüngern der bacteriologischen Forschung einen verlässlichen Führer an die Hand geben können, der sie in die Aufgaben und Errungenschaften dieser Doctrin mit sicherer Hand und mit klarem Urtheile einführt. Das vorliegende Schlussheft enthält die Fortsetzung der 10. Vorlesung. 1. Die Choleraspirochäte (*Koch's* Commabacillus der Cholera asiatica). 2. Die Recurrensspirochäte (Spirochaete *Obermeier*). Die 11. Vorlesung pathogene Arten aus der Classe der Pleomorphen-Bacterien; die 12. Vorlesung die Actinomyces; die 13. Vorlesung die pathogenen Hyphomyceten und Sprosspilze; die 14. Vorlesung die pathogenen Protozoën und Mycetozoën: 1. Die „Malaria-Plasmodien". Die Haematozoën der „Surra" Infusorien- und Flagellaten-Befunde bei Scorbut und perniciöser Anämie. 2. Amöben bei der Dysenterie der Aegypter. Protozoën bei Keuchhusten. Amöben bei den Pockenprocessen. Sporozoën des Molluscum contagiosum. Ansteckendes Epitheliom und „Flagellaten-Diphtherie" der Vögel. Gregarinose der Thiere und des Menschen. 3. Die Sporozoën (Mikrosporodien) der Fleckenkrankheit (Febrine) der Seidenraupen. Ein ausführliches Namens- und Sachregister und das jeder Vorlesung angefügte Literatur-Verzeichniss sichern dem Werke auch die Verwerthung als Handbuch für den Forscher. Die Verlagshandlung hat im Druck und Papier, sowie mit zahlreichen Illustrationen das Werk vortheilhaft ausgestattet. —*r*.

1059. ***Das heimische Naturleben im Kreislaufe des Jahres.*** *Unter Mitwirkung hervorragender Fachgelehrter von Dr.* ***Carl Russ.*** *Berlin, Oppenheim.*

Das vorliegende prächtige Werk des berühmten Naturfreundes und -Kenners ist wohl wie wenige andere Bücher geeignet, die Mussestunden des denkenden, die erhabenen Vorgänge in der Natur beachtenden Arztes auszufüllen und dieselben zur genussreichsten Zeit seines Tages zu machen. Es ist geradezu erstaunlich, welche Fülle von Wissen, von Beobachtungen in diesem Sammelwerke hervorragender deutscher Gelehrter niedergelegt ist; und mit welcher Liebe zur Sache, mit welcher Sorgfalt im Beobachten, mit welcher Freude am Wissen und Verstehen der grossartigen Erscheinungen und Gesetze der Natur, wird dem Leser ein Prachtbild nach dem anderen vorgeführt, einmal als ganzes, dann wieder in seine Theile zerlegt, mit interessanten Einblicken in die imposante Werkstätte, welche den ewigen Wechsel und die dennoch so peinliche Ordnung in den Ereignissen hervorruft, aus denen sich der Kreislauf des Jahres zusammensetzt. Die Vielseitigkeit des Standpunktes der Beobachtung ist direct verblüffend; jeder Naturfreund, welches Specialfach er auch immer pflegen mag, jeder unbefangene Beobachter ohne specielle Richtung, jeder Sammler wird in diesem schönen Werke seine Rechnung finden. Ohne im Stande zu sein, in dieser kurzen Besprechung näher auf den überreichen Inhalt einzugehen, kann der Ref. es sich nicht versagen, ganz besonders auf die ebenso originelle als praktische Eintheilung des Stoffes hinzuweisen. Derselbe ist dem Zwecke des Werkes gemäss in 12 Capitel eingetheilt, den 12 Monaten entsprechend. Jedes derselben hat seine Unterabtheilungen u. zw.: Die allgemeine Schilderung des Monates, Uebersicht des Thier- und Pflanzenlebens und des mit der Natur zusammenhängenden Menschenschaffens; ferner die dem Monate entsprechenden Nahrungsmittel und endlich meteorologische und sonstige höchst wichtige Bemerkungen. Für die Gediegenheit der Bearbeitung bürgen uns nebst dem Namen des Autors selbst auch die seiner im Vorwort genannten Mitarbeiter, von denen wir hier nur den Namen *Homeyer, Lehmann* (von der Berliner Sternwarte) nennen wollen. Wenn wir schon öfters in der Lage waren, dem Praktiker treue Begleiter und Rathgeber für seine Berufsarbeit zu empfehlen, so nennen wir ihm diesmal den Namen und Autor eines Werkes, welches ihm seine Mühen und Sorgen für einige Zeit wird vergessen machen, während er an der Hand desselben der schönen freien Natur ihre Geheimnisse ablauscht. *v. Buschman.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1060. ***Pathognomische Residuen der Syphilis am Auge.*** *Von Dr.* ***N. Peltesohn,*** *Augenarzt in Hamburg. Nach dem Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu Hamburg. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 35.)*

M. H.! Gestatten Sie mir, dass ich Ihnen in Kürze eine Reihe von syphilitischen Symptomen am Auge schildere, an deren Hand Sie unter Umständen einmal eine zweifelhafte Diagnose auf Syphilis sicherstellen können. Ich muss es mir hierbei versagen, alle syphilitischen Erkrankungen des Auges zu nennen, noch auch kann ich die für meinen Zweck in Betracht kommenden Affectionen ausführlich beschreiben.



Ich muss mich darauf beschränken, nur diejenigen Symptome hervorzuheben, welche charakteristisch und dauernd sind. Ich werde hierbei einige in weiteren Kreisen noch unbekannte Phänomene zu erwähnen haben, die in den letzten Jahren an der Klinik des Prof. *Hirschberg* in Berlin Gegenstand eingehender Studien waren.

Die Krankheiten der Lider und der Bindehaut möchte ich der Kürze halber übergehen, weil sie ohnehin nicht sehr häufig charakteristische Residuen hinterlassen und diese sich in keiner Weise vor den Erscheinungen an der allgemeinen Hautdecke auszeichnen. Dem forschenden Blick des Arztes werden sie ebensowenig entgehen, wie die Narben von Initialsclerosen, Papeln, Condylomen und Gummiknoten an anderen Stellen. Dagegen empfehle ich Ihnen dringend die Untersuchung der Hornhaut, auch wenn dieselbe keine Structurveränderungen zeigt. Es gibt nämlich zwei Erkrankungen derselben, welche Spuren zurücklassen, die eine häufig und auf mehr oder minder lange Zeit, die andere stets und, wie es scheint, für alle Zeiten. Da sind die Keratitis punctata specifica und Keratitis diffusa (interstitialis). Erstere wird zwar von vielen Autoren als selbstständiges Krankheitsbild geleugnet und nur als eine Begleiterscheinung der Iritis serosa aufgefasst. Jedoch *Mauthner's* stecknadelkopfgrosse, grauliche Stellen in der Subst. propr. corneae mit umgebendem normalen, und nur seitliches Licht stärker reflectirenden Hornhautgewebe sind in ihrer Erscheinungsweise, namentlich durch ihre Grösse und vereinzelte Lagerung, durchaus verschieden von der eine Iritis begleitenden Pünktelung. Diese bilden Präcipitate in der Descemetis, welche, an der Grenze des makroskopisch Sichtbaren, zu vielen Hunderten über die ganze Hinterfläche der Hornhaut vertheilt sind. Wichtig ist nun, dass diese Präcipitate schwinden, wenn die Iritis heilt, dagegen jene wirkliche Keratitis punctata, selbst wenn der entzündliche Process weicht, punktförmige Trübungen hinterlässt, die beim Durchleuchten des Auges mit dem Augenspiegel, wenn man eine 2 Zoll-Linse dahinter anbringt, sich deutlich als dunkle Punkte von der hellen Pupille abheben. Ist man also in der Lage, eine frische Iritis oder ein Recidiv derselben auszuschliessen, dann liefern solche Punkte den Beweis einer stattgehabten syphilitischen Infection.

Viel sicherere und häufigere Anhaltspunkte gewinnen Sie durch die Residuen der Keratitis diffusa. Bekanntlich ist diese Hornhauterkrankung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Folge der hereditären Spätsyphilis, und zwar scheint die Altersgrenze hierfür nach *Hirschberg* ziemlich hoch, bis in's 20.—25. Lebensjahr hinauf, zu liegen. Dass die Krankheit durch erworbene Syphilis hervorgerufen wird, ist eine Seltenheit, so kennt *Alexander* bei seinem grossen syphilitischen Material nur 13 Fälle, wo die Krankheit 2—3 Jahre nach einer Infection eintrat. Dadurch gewinnen die gleich zu besprechenden Merkmale an Werth, denn, wenn irgendwo, lassen uns bei der hereditären Syphilis Anamnese und andere Beweismittel im Stich. Dass die Krankheit in ganz wenigen Fällen mit Syphilis sicher nichts gemein hat, will ich nicht leugnen, dies thut aber der pathognomischen Bedeutung der Residuen keinen Abbruch, denn diese sind bisher nur bei Syphilitikern beobachtet worden. Es handelt sich um die mit der Keratitis diffusa einhergehenden Gefässneubildung. Sie finden wohl in den Lehrbüchern der Syphilis und der Augenheilkunde die Bemerkung, dass die verwaschene fleckige Beschaffenheit, die kleinen grauen Wolken der Hornhaut etwas unverkennbar Charakteristisches an sich haben. Aber, m. H., ich muss Ihnen gestehen, dass ich, trotz nicht



geringer Uebung gerade auf diesem Gebiet, mir nicht getraue, ohne weitere optische Hilfsmittel in jedem Falle eine Fleckung der Cornea daraufhin zu beurtheilen, ob sie von einer diffusen oder scrophulösen Keratitis herrührt. Wenn nun erst die Rückbildung der diffusen Keratitis so vollkommen war, dass die Hornhaut dem unbewaffneten Auge vollkommen durchsichtig erscheint, dann geht vollends jeder Anhaltspunkt für Syphilis verloren. Das Verdienst *Hirschberg's* ist es nun, nachgewiesen zu haben, dass ausnahmslos in jedem Falle von Keratitis diffusa neugebildete Gefässchen zurückbleiben, die allerdings nicht immer dem blossen Auge sichtbar sind. Bei künstlicher Pupillenerweiterung können Sie aber mit einer 2″ oder 3″ Linse hinter dem Augenspiegel deutlich sehen, wie in der Tiefe der Hornhaut besenreiserförmig am Rande auseinanderfahrende und gegen die Mitte der Hornhaut vordringende Gefässchen sich mit den von der entgegengesetzten Seite kommenden vereinigen. Dieses Bild bleibt viele Jahre hindurch bestehen, *Hirschberg* konnte es 6, 8 und 13 Jahre nach dem Beginn der Hornhautentzündung nachweisen, wahrscheinlich persistirt es für das ganze Leben.

Wenn ich mich nun zu den Erkrankungen der Iris wende, so brauche ich nur ein Moment hervorzuheben, um die Bedeutsamkeit ihrer Residuen für die Diagnose zu betonen, die ausserordentliche Häufigkeit der syphilitischen Aetiologie. Wohl weiss man, dass die Iris von allen Theilen des Auges am häufigsten von der Syphilis befallen wird, dass aber jeder zweite Iritiker an den Folgezuständen einer Infection leidet, davon macht man sich im Allgemeinen doch keine Vorstellung. Wenn man einen Durchschnitt mehrerer zuverlässigen Statistiken nimmt, so sind 60% aller Iritiden syphilitischer Natur. Wäre also auch niemals die Entzündung durch specifische Erscheinungen ausgezeichnet, wären auch ihre Residuen niemals charakteristisch, man hätte doch das Recht, aus dem Nachweis einer früheren Iritis mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Syphilis zu schliessen. In diesem Sinne mögen Sie die am meisten in die Augen springenden Reste von Iritis verwerthen. Sie müssen nur nicht immer makroskopische, zipflige Adhäsionen erwarten, sondern mit der Loupe in der Hand, bei seitlicher Beleuchtung, auch die kleinen, punktförmigen Synechien aufsuchen. Eine Iritis gewährt uns übrigens eine absolute Sicherheit in der Diagnose. Das ist die Iritis gummosa. Die Erkrankungen des Ciliarkörpers sind für unsere Erörterung weniger dankbar. Ist man schon einer frischen Cyclitis gegenüber nicht in der Lage, bestimmte Merkmale für Syphilis zu finden, so ist man es einer abgelaufenen gegenüber noch viel weniger. Ein geschrumpfter Augapfel wird uns durch nichts verrathen, dass er in Folge luetischer Cyclitis zu Grunde gegangen ist. Es ist hier vielleicht der geeignetste Platz, auf die charakteristische Glaskörpertrübung einzugehen. Im Beginn einer verbreiteten Erkrankung des Uvealtractus pflegen die hinteren Partien des Glaskörpers von einer gleichmässigen Trübung durchsetzt zu sein, die sich erst bei genauer Einstellung des Augenspiegels in einzelne Punkte auflöst. Diese Pünktchen, kleiner als die feinsten Staubkörnchen, sind bisweilen in einer zarten, bei jeder Bewegung des Auges auf- und niederwallenden Membran suspendirt, die wie ein Schleier den Augenhintergrund verhüllt. Bald ist der ganze Glaskörper von diesem Staub erfüllt, und wenn man die Convexgläser hinter dem Spiegel wechselt, kann man sich Ebene für Ebene überzeugen, dass von der Netzhaut bis vorn zur tellerförmigen Grube keine Stelle frei bleibt. Die vorderen Glaskörpertrübungen, die in der Nähe des Drehpunktes im Auge liegen, sind wegen ihrer

geringen Bewegungsexcursion nur bei gehöriger Uebung im Ophthalmoskopiren wahrzunehmen. Der Geübte kann die Punktirung auch durch die Linse und Vorderkammer bis zur Hornhaut verfolgen. Spuren dieser Glaskörpertrübung bleiben bisweilen noch nach Jahren zurück. Sie kommt in der beschriebenen Form nur bei der syphilitischen Erkrankung des ganzen Auges (Pantophthalmie) vor und ist pathognomonisch. Andere Erscheinungen in der Ader- und Netzhaut bestärken mich hierin. Eine Chorioiditis muss nach *Alexander* von dieser Glaskörpertrübung begleitet werden, wenn man sie auf einen syphilitischen Ursprung zurückführen wolle. Die Meinungen ausgezeichneter Beobachter über diesen Gegenstand sind sehr verschieden. Die einen halten die Betheiligung des Glaskörpers für suspect, andere für beweisend, noch andere wieder für irrelevant.

Man nennt für gewöhnlich die Chorioid. areolaris, die Chorioid. disseminata und die Chorioretinitis pigment. atypica als die luetischen Entzündungen der Aderhaut. *v. Graefe* hob die kleinfleckigen, scheckigen Herde in der Gegend des hinteren Augenpols hervor, *Galezowski* wieder weist besonders auf die runden Flecken von heller Farbe mit dunklem Saum hin. Auch ich habe gelernt, die kreisförmigen Herde als syphilitische aufzufassen, nur dass die Verhältnisse bisweilen umgekehrt sind, die Mitte von dunklem Pigment eingenommen ist und der Saum von heller Farbe. Die Chorioiditis disseminata, die sich hauptsächlich in der Peripherie localisirt und nur allmälig nach dem Centrum fortschreitet, soll nach *Förster* nicht syphilitisch sein. Ich habe mich in vielen Fällen durch eine genaue Anamnese von dem Gegentheil überzeugt und bisweilen hereditäre Lues feststellen können. Gerade diese Form der Chorioiditis, die allerdings so peripher sitzt, dass man den Patienten zu den extremsten Blickrichtungen auffordern muss, wenn man sie sehen will, hat mich oft erst auf die richtige Fährte geleitet und mir dadurch eine geeignete Therapie ermöglicht. Im Allgemeinen möchte ich Ihnen empfehlen, ohne Rücksicht auf die Besonderheit einer Chorioiditis jede über einen grösseren Theil des Fundus verbreitete Erkrankung der Aderhaut für verdächtig zu halten.

Die Chorioiditis diffusa specifica, deren Krankheitsbild uns *Förster* so vorzüglich geschildert hat, deckt sich nach neueren Erfahrungen mit der Retinitis specifica *Jacobson's*. Ophthalmoskopisch entsteht dadurch ein sehr charakteristisches Bild, das *Hirschberg* ungefähr folgendermassen beschreibt: Die peripheren Herde entstehen binnen kurzer Zeit als zahlreiche, rundliche, milchweisse Fleckchen von zartem, frischen Aussehen, welche an den Gefässen der Netzhaut, wie die Beeren einer Traube an den Stielen, haften. Später werden sie rosafarben, dann gelblichweiss, schliesslich rein weiss. Sie sind scharf begrenzt, oft wie mit einem Locheisen ausgeschlagen und haben geringe Neigung zum Zusammenfliessen. Sie enthalten kein Pigment oder nur wenig, sei es in der Mitte oder am Rande. Die entsprechenden Flecken in der Netzhautmitte sind viel zarter und kleiner und werden oft genug nicht blos von Anfängern, sondern auch von geübteren Ophthalmoskopikern übersehen. Daher oft eine Verlegenheitsdiagnose auf Amblyopie oder Neuritis retrobulbaris gestellt wird. Die Krankheit gilt als eine ziemlich seltene. Das ist sie, wenn man abwartet, bis die Kranken ihren Arzt darauf hinweisen. Sie hört auf, selten zu sein, wenn man regelmässig die Netzhaut der auf Syphilis verdächtigen Patienten untersucht. Es ist begreiflich, dass Scotome und Herabsetzung der Sehschärfe erst angegeben werden, wenn das Centrum selber ergriffen ist. Paracentrale und periphere Herde dieser



charakteristischen Art bleiben lange Zeit latent. Die Züge dieses ophthalmoskopischen Bildes verwischen sich nicht so leicht, auch wenn eine geeignete Cur eingeleitet wurde, weil nur die frischen Infiltrationen vollständig schwinden.

Charakteristische Herde in der Retina kommen häufig auch vor und persistiren bei der Keratitis diffusa, es sind helle, scheckige oder dunkelschwarze Fleckchen, die gewöhnlich nur in der Peripherie gesehen werden. Die anderen Formen von Retinitis syphilitica hinterlassen keine pathognomischen Spuren.

Die letzte Station, die wir bei der Augenspiegeluntersuchung machen — für gewöhnlich allerdings die erste — hält uns nicht lange auf. Obwohl eine Atrophie der Papille gar nicht so selten im Verlauf einer congenital luetischen Chorioretinitis, bisweilen durch Fortpflanzung einer luetischen Meningitis chron., in seltenen Fällen auch nach primärer Neuritis specifica, entsteht, ansehen können wir der blassen Sehnervenscheibe die Syphilis nicht. Aber ein Moment kommt in Betracht. Eine Neuritis schnell und mit glücklicher Erhaltung der Sehschärfe zu heilen, gelingt uns doch eigentlich nur bei Syphilis. Darum dürfen wir auch wohl umgekehrt schliessen, wo wir bei einer ophthalmoskopischen Atrophie der Papille gute Sehschärfe feststellen, dass wahrscheinlich Syphilis die Ursache gewesen sei.

Damit bin ich am Ende angelangt, da mir nur daran lag, die ophthalmoskopischen Spuren der Syphilis zu verfolgen. Wenn Sie die Muskellähmungen am Auge berücksichtigen, werden Sie auch manchen wichtigen Anhaltspunkt gewinnen, ebenso bei der Palpation der Orbitalwände, namentlich aber des Margo supraorbitalis, der häufig periostale Verdickungen zeigt. Doch gehören diese Dinge nicht mehr meinem Specialfach allein an.

Kleine Mittheilungen.

1061. ***Ueber den Einfluss des Alters der Eltern auf die Vitalität der Kinder.*** *(Wiener med. Wochenschr. 1889. 31. — Münchn. med. Wochenschr. 1889. 38.)*

Unter den Verhältnissen, welche die Vitalität der Neugebornen hereditär belasten, scheint nach den Untersuchungen von *J. Körösi* in Budapest auch den Altersverhältnissen der Erzeuger eine Rolle zuzukommen. Des Autors Beobachtungen basiren auf 24.000 Fällen. Die verstorbenen Säuglinge wurden bis zu einem Alter von 1 Monat in die statistische Berechnung eingezogen, und als Todesursachen finden wir: angeborne Lebensschwäche, Tuberculose, Hydrocephalus und Rhachitis. Was vor Allem den Einfluss des Vaters betrifft, so zeigt sich, dass die Vitalität der in der Altersclasse von unter 25 Jahren erzeugten Kinder eine geringere, d. h. dass die Sterblichkeit der Säuglinge eine grössere ist. Die günstigsten Verhältnisse ergeben die im Alter von 25—40 Jahren erzeugten Kinder. Bezüglich der Mütter ergeben sich die günstigsten Zahlen für die Vitalität der Neugebornen für die Zeit von 20—35 Jahren, während Kinder von Müttern unter 19 Jahren und über 35 geringere Lebenskraft aufweisen. Was den combinirten Einfluss des Alters beider Eltern betrifft, so stellen sich jene Ehen als die günstigsten hinsichtlich der Lebensfähigkeit der Kinder, wo der Vater älter ist als die Mutter.

1062. ***Zur localen Behandlung des Erysipels.* Von *Hamburger.*** *(Wiener med. Wochenschr. 1889. 27.)*

Hamburger wendet zur Abgrenzung des Erysipels mit Vortheil folgendes Verfahren an: An der sicht- und fühlbaren Grenze des Erysipels wird einmal oder, wenn ein Fortschreiten beobachtet wird, zweimal des Tages mit reiner Jod-



tinctur ein 2—3 Cm. breiter Saum gepinselt. Dadurch gelingt stets eine Begrenzung des Rothlaufs; in einigen Fällen wurde schon in 24 Stunden ein Weichen und zugleich Abfall der Temperatur constatirt. Reizungserscheinungen durch die Jodtinctur wurden dabei niemals beobachtet. Die schon befallenen Stellen werden durch Bestreichen von Fett und Anwendung der Kälte behandelt.

1063. ***Ansteckungsfähigkeit des Krebses.*** Eine kleine Dorfschaft in der Normandie mit nur 379 Einwohnern verlor von 1880—1887 nicht weniger als 11 Personen im Alter von 62—83 Jahren am Krebs. Alle Fälle ausser einem betrafen Männer und nicht weniger als 8 sassen im Magen. Dr. *Arnaudet* (L'Union méd. 52) schliesst daher, dass der Krebs auf einem Contagium im Wasser beruht. Nicht eine aller jener Personen war Wassertrinker, aber der Apfelwein, den sie tranken, war mit dem Wasser aus dem Teiche des Ortes fabricirt. *Arnaudet* räth daher, gegen die Verbreitung des Krebses ebenso durch Antiseptik vorzugehen, wie gegen Typhus und Phthisis. (The Times and Register. 31. Aug. 1889. — Allg. med. Central-Ztg. 1889. 76.)

1064. ***Abortivbehandlung des Panaritiums.*** *Gaucher* empfiehlt bei Panaritien im ersten Stadium folgende Behandlung, die er bei einer grossen Anzahl von Fällen mit Erfolg geübt habe: Man feuchtet den schmerzhaften Punkt und seine Umgebung leicht an und fährt mit dem Höllensteinstift darüber. Einige Stunden darauf sind Schmerz und Entzündung beseitigt, während die schwarze Färbung der Haut nach etwa 6 Tagen verschwindet. — Das gleiche Verfahren wandte *Gaucher* versuchsweise in einem heftigen Gichtanfall in der grossen Zehe an; nach einer Viertelstunde konnte Pat. sich erheben und seinen Geschäften nachgehen. (Arch. méd. Belg. Juli 1888. — Revue de thérapeut. — Deutsch. Med.-Ztg. 1889.)

1065. ***Ueber die Anwendung von Antipyrin bei Diabetes mellitus*** liegen aus der letzten Zeit eine Reihe von Mittheilungen von französischer Seite vor (*Robin, G. Sée, Dujardin-Beaumetz* u. A.). Besonders in den Fällen, in denen eine Alteration nervöser Centren zur Erklärung der Zuckerausscheidung angenommen wird, soll das Mittel nützlich sein, es soll die Glycosurie wenn nicht beseitigen, so doch beträchtlich vermindern, auch selbst dann, wenn gleichzeitig gewöhnliche Kost genommen wird. Darin läge jedenfalls ein Vortheil. Diabetiker, welche nur schwer lange Zeit die strenge Diät durchführen können, gewinnen bei Darreichung von Antipyrin gewissermassen eine Ruhepause, sie können wieder für einige Zeit volle Kost geniessen. Doch soll die Antipyrindarreichung (2—3mal 1·0 pro die, zwischen den Mahlzeiten genommen) 8 Tage nicht überschreiten, dann ist es wieder für einige Zeit wegzulassen. Jedenfalls muss das Mittel sofort ausgesetzt werden, wenn Eiweiss im Urin auftritt. *Worms* bestätigt die schnelle Herabsetzung der Zuckermenge nach Antipyrindarreichung, verwirft letztere aber doch, weil er neben einer Beeinträchtigung der Verdauung öfter Albuminurie eintreten sah. Diese Angabe von *Worms* und ähnliche anderer Autoren mahnen sicherlich zur Vorsicht; aber zeitweilig gereicht mag das Mittel von Nutzen sein, insbesondere wenn eine Unterbrechung der strengen Diät aus irgend welchem Grunde angezeigt erscheint. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 39.)

1066. ***Diphtheritis und Creosot.*** *Von Dr. **Legroux**. (Arch. de laryngologie. 1888. 2. — Revue de laryngologie. 1888. 12. — Centralbl. f. Ohrenheilk., sowie f. Kehlkopfkrankh. 1889. 9.)*

Dr. *Legroux*, während einer Diphtheritis-Epidemie Arzt im Hôpital Trousseaux, machte Erfahrungen mit Creosot. fagi. Einathmungen und Bepinselungen alle 4—5 Stunden mittelst einer 5proc. Creosotlösung; in schweren Fällen subcutane Injectionen von *Ol. olivar. desinfic. 180·0, Creosoti fagi 20·0.* Von 68 Kranken wurden 30 geheilt, von den Tracheotomirten genas 1 von 3.

1067. ***Ein neuer Feind des Menschengeschlechtes*** ist vor einiger Zeit von Prof. *Gärtner* in Jena entdeckt worden, worüber die Pariser „Revue scientifique" vom 10. August und Allg. med. Central-Ztg. 1889, 8, Folgendes berichten: Auf einem Landhause in der Nähe von Frankenhausen wurde vor Kurzem eine Kuh geschlachtet, welche am Durchfall erkrankt war. Die Untersuchung ergab nichts weiter, als einige rothe Pünktchen im Darmcanal, was jedoch kein Grund schien, das Fleisch als gesundheitsschädlich zu erklären. Bald darauf erkrankte jedoch ein junger Arbeiter, der ein Stückchen von diesem Fleische, mit Pfeffer und Salz gewürzt, in rohem Zustande verzehrt hatte. Ein heftiges Erbrechen, verbunden mit unstillbarem Durchfall, förderte den jungen Menschen 36 Stunden darauf in's Grab, und die Obduction ergab eine allgemeine Darm-



entzündung, wobei das Blut entweder geronnen oder schwarz wie Theer gefunden wurde. Das war der erste und einzige Todesfall. 5 Tage darauf erkrankten weitere 12 Mann, welche von dem giftigen Fleische etwas in rohem Zustande gegessen. Ihnen folgten dann noch 36 Menschen, die es als Suppenfleisch gekostet hatten. Sämmtliche Patienten zeigten unzweifelhafte Vergiftungssymptome, welche durch heftige Magenschmerzen, häufiges Erbrechen, gänzlichen Verfall der Kräfte und bei vielen auch durch Krämpfe sich manifestirten. Die Erkrankten erholten sich in einem Zeitraum von 3 Tagen bis 4 Wochen alle wieder, wobei jedoch bei 4 von ihnen die Haut sich vom ganzen Körper, selbst Handfläche und Fussohlen nicht ausgenommen, gänzlich abschälte. — Sowohl im untersuchten Fleisch, als im Darmcanal des verstorbenen Arbeiters fanden sich zahlreiche Bacillen vor, welche sich in gelatinösen und anderen Nährböden rasch vermehrten. Der von *Gärtner* „Bacillus enteritidis" benannte Bacillus hat ein so zähes Leben, dass er selbst, nachdem er 4 Tage lang in Alkohol zugebracht hatte, nichts von seiner Vermehrungsthätigkeit eingebüsst hatte. Zu einer Bouillon gekocht, hinterlässt der neue Krankheitserreger in kochendem Wasser widerstehendes, so kräftig wirkendes Gift, dass eine ganz geringe Dosis davon hinreicht, Mäuse, Kaninchen und Meerschweinchen zu tödten; selbst eine aus frischem gesunden Rindfleisch, das jedoch vorher mit diesem Gift beschmiert wurde, bereitete Bouillon genügte schon, wenn eine Dosis davon unter die Haut eingespritzt wird, obengenannte Thiere auf der Stelle zu tödten.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Aerztlicher Bericht des öffentlichen Krankenhauses in Sechshaus für das Jahr 1888. Im Auftrage des Curatoriums herausgegeben durch die Direction der Anstalt. Wien, Sechshaus 1889, Verlag des Bezirks-Krankenhauses.

Baumgarten, Dr. P., o. ö. Prof. der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie an der Universität Tübingen. Lehrbuch der pathologischen Mykologie. Vorlesungen für Aerzte und Studirende. Zweite Hälfte, zweiter Halbband. Lief. 2. (Schluss des Werkes.) Mit 15 nach eigenen Präparaten des Verfassers ausgeführten Original-Abbildungen im Text, 5 davon in Farbendruck. Braunschweig, Harald Bruhn, Verlagsbuchhandlung f. Naturwissenschaft u. Medicin, 1890.

Behrens W., Kossel A. und *Schiefferdecker P.* Das Mikroskop und die Methoden der mikroskopischen Untersuchung. Mit 193 Abbildungen in Holzschnitt. I. Band: Die Gewebe des menschlichen Körpers und ihre mikroskopische Untersuchung. Braunschweig, Harald Bruhn, 1889.

Engel Ed., Lehrer der Stimmbildung für Sprache und Gesang. Ueber den Stimmumfang sechsjähriger Kinder und den Schulgesang. Ein Bericht an den grossh. badischen Oberschulrath. Hamburg 1889, Verlagsanstalt- und Druckerei-Actiengesellschaft.

Schotten, Dr. C., Assistent am physiologischen Institut, Docent an der Universität zu Berlin. Kurzes Lehrbuch der Analyse des Harns. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1888.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1068. ***Ist die Knochentuberculose angeerbt?*** *Von* ***Julius Dollinger*** *in Pest. (Chir. Centralbl. 1889. 35.)*

Verfasser hat schon früher die Beobachtung gemacht, dass die Grosseltern, seltener die Eltern von Kindern, welche an Knochen- oder Gelenktuberculose leiden, an Lungentuberculose gestorben waren. Um darüber Klarheit zu gewinnen, wurden Klienten der öffentlichen Klinik in Bezug darauf ausgefragt. Von 250 wussten 153 keine Auskunft zu ertheilen, in 97 Fällen waren Eltern oder Grosseltern, in 31 Fällen war 21mal die Mutter, 15mal der Vater, 1mal beide Eltern tuberculos. In 60 Fällen waren die Grosseltern tuberculos. *Dollinger* folgert nun, „dass die Knochentuberculose meistens erst bei den Enkeln der an Lungentuberculose Verstorbenen auftrete. Die Knochen müssten einige Generationen hindurch unter dem Einflusse des tuberculosen Virus stehen, um, dadurch geschwächt, für die Entwicklung des *Koch*'schen Bacillus einen günstigen Nährboden zu bilden".

Hausmann, Meran.

1069. ***Commotio cerebri mit Rindenatrophie und leichter chronischer Meningitis.*** *Von Dr.* ***Hermann Rieder.*** *Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium des med.-klin. Institutes zu München. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 42.)*

Johann M., Kutscher, 68 Jahre alt, fiel Ende Juli 1888 auf das Steinpflaster von einem Wagen herab, verletzte sich ziemlich erheblich am Schädel und war mehrere Stunden bewusstlos. Er soll hierauf Tage lang schwerbesinnlich gewesen und schlaff und apathisch dagelegen sein. Die Kopfwunde heilte nach 14 Tagen, doch musste Pat. noch längere Zeit, angeblich 2 Monate lang, zu Bett bleiben, da er in seiner Gehfähigkeit bedeutend beschränkt war, auch viel an Rücken- und Kopfschmerz, Schwindel und Abgeschlagenheit zu leiden hatte. Gehfähigkeit und Kopfschmerz besserten sich zwar, doch trat bald hochgradige Gedächtnissschwäche auf, die in letzter Zeit noch zugenommen haben soll. Zur Zeit klagt Patient über Unbehilflichkeit und Schwäche der Extremitäten, besonders des linken Beines, Schwindel und Eingenommensein des Kopfes. Ausser der rapiden Abnahme der Erinnerungs- und Denkfähigkeit hat Patient auch eine Abnahme des Orientirungssinnes bemerkt. Die Untersuchung des geistigen Zustandes des Patienten ergibt eine bedeutende Abnahme der Intelligenz, be-

sonders des Gedächtnisses. Die Gemüthsstimmung ist eher eine heitere als eine traurige zu nennen. Ueber dem rechten Stirnbeinhöcker eine nicht fest mit dem Schädeldache verwachsene, ca. 5 Cm. lange Narbe. Pupillen mittelweit, die rechte weiter als die linke; beide reactionsfähig sowohl gegen Lichtreiz als gegen accommodative Reize. Auf den Lungen nichts Abnormes. Wirbelsäule gerade, der mittlere Theil der Brustwirbelsäule diffus druckempfindlich. Keine Ataxie nachweisbar. Starker Tremor der Ober- und Unter-Extremitäten, der linke Patellarsehnen-Reflex ist verstärkt, von leichten convulsivischen Stössen begleitet, der rechte abgeschwächt. Schon beim blossen Kneifen des Vastus internus, desgleichen beim Streichen der Innenseite des Oberschenkels starker Cremaster-Reflex. Bauchreflex schwach vorhanden, ebenso Achillessehnen-Reflex. Der Gang ist bei offenen und geschlossenen Augen sicher und fast normal zu nennen. Grobe Kraft der Muskeln an beiden Händen, besonders der rechten, stark herabgesetzt. Es besteht starke Hyperästhesie und Hyperalgesie an den Unter-Extremitäten. Schmerzleitung gut, Localisation prompt, spitz und stumpf wird gut unterschieden. Reflexbewegung auf geringe Nadelstiche sehr heftig, die betreffende Extremität geräth hierbei in starke Zuckungen. Kalt und Warm wird schlecht unterschieden. Sprache annähernd normal. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Bei Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes und der einzelnen Krankheitssymptome gelangt man zu dem Ergebnisse, dass der im Juli vorigen Jahres stattgehabte Unfall eine Gehirnerschütterung verursacht hat, aber nicht eine blosse Commotio cerebri ohne anatomische Veränderungen, sondern einen sogenannten Gehirnshok mit Läsion des Gehirns. Als Beweis für stattgehabte Gehirnerschütterung sind anzuführen die langdauernde Bewusstlosigkeit, der Uebergang dieser Besinnungslosigkeit in einen soporösen Zustand, sowie die Lähmung der Extremitäten, die sich an die genannten Erscheinungen anschloss, endlich die Amnesie. An derartige Gehirnerschütterungen schliessen sich erfahrungsgemäss gerne Entzündung der Hirnhäute und Psychosen an und als Symptome dieser Erkrankungen sind gerade hier die Hyperästhesie und die Demenzerscheinungen (Gedächtnissschwäche, Mangel des Orientirungssinnes) gegeben. Es soll nun nicht geleugnet werden, dass schon vor dem Unfalle Gehirnveränderungen, speciell Atrophie der Hirnrinde, wie sie bei beginnender seniler Demenz vorkommen, bestanden haben könnten; für diesen Fall würde das Trauma lediglich das raschere Fortschreiten der sensilen Veränderungen und die Entwicklung der senilen Demenz begünstigt haben. Was die Prognose anbelangt, so besteht so gut wie gar keine Aussicht auf Heilung; wahrscheinlich werden die chronisch entzündlichen Vorgänge an den Hirnhäuten, sowie die senile Schwäche ihren langsamen Fortgang nehmen. Patient ist demnach in Folge seines im Juli 1888 erlittenen Unfalles vollkommen und dauernd erwerbsunfähig. —*r.*

1070. ***Ein Ersatz der diagnostischen Magenausheberung.*** *Von Alfred Günzburg in Frankfurt a. M. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 41.)*

Der tüchtige College, dem wir die schöne und so sichere Phloroglucin-Vanillinprobe verdanken, hat eine weniger quälende

Ersatzmethode für die Ausheberung mittelst Einführens des Magenschlauches und Auspressen des Inhalts ausfindig gemacht. So wie die Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut durch Schlucken von in Gelatinekapsel befindlichem Jodkalium geprüft und im Speichel nach 5 bis etwa 30 Minuten nachgewiesen wird, so muss es auch gelingen, durch Verschluckenlassen leicht in Speichel oder Harn nachweisbarer Substanzen die Schnelligkeit der Verdauung zu fixiren; dadurch werde dann der Nachweis der Salzsäureabscheidung überflüssig. — *Günzburg* hat am Jodkalium zu diesem Zwecke festgehalten, weil dasselbe schon in sehr geringen Mengen im Speichel nachweisbar ist, welcher wiederum bequem alle 5 Minuten vom Pat. erlangt werden kann. Um die Diffusion auszuschliessen, wurden Gummischläuche von äusserst dünner Wandung und starker Vulcanisirung verfertigt, welche zum Aufspringen geneigt sind. In einen derartigen Schlauch wird eine Tablette von 0·2—0·3 Jodkalium und etwas Gummi eingeschoben; die beiden Enden werden zum Verschluss umgeknickt, dass sie sich berühren. Zum Abschliessen des Paketchens werden Fibrinfäden benützt, die (vorher in Alkohol aufbewahrt) die nöthige Zähigkeit haben und sich leicht knüpfen lassen. Mit drei einfachen Fibrinfäden wird jedes Päckchen umgeben, wobei es auf die Gleichmässigkeit der Umschlingung ankommt; die so verschlossenen Päckchen werden in Glycerin aufbewahrt, vor dem Gebrauche getrocknet und in eine Gelatinekapsel eingeschoben. — Eine Stunde nach einem *Ewald*'schen Probefrühstück (1—2 kleine Brote im Gewichte von je 35 Grm. und 2—300 Ccm. Wasser. Ref.) schluckt der Pat. eine Kapsel, gibt dann jede $^1/_4$ Stunde etwas Speichel in ein Reagensglas, in welchem durch die Stärkeprobe das Jodkalium nachgewiesen wird. Im Magen wird die Gelatinekapsel in allen Fällen gleich rasch gelöst. Durch den grösseren oder geringeren Salzsäuregehalt des Magens unterliegen die Fibrinfäden einer Quellung von verschiedener Schnelligkeit, so lange, bis der Gummischlauch den Widerstand der gequollenen Fibrinfäden überwindet und sich öffnet. Dann ist die Jodkaliumtablette sehr rasch aufgelöst. — Die Zeit vom Schlucken der Kapsel bis zum Erscheinen des Jodkalium im Speichel wird verbraucht für 1. Lösung der Gelatinekapsel, Lösung und Resorption des Jodkaliums, — 2. Quellung der Fibrinfäden. Um die Zeit, welche für Quellung der Fibrinfäden allein nöthig ist, zu finden, lässt man den Pat., nachdem er kein Jodkalium mehr ausscheidet, eine in eine Gelatinekapsel geschobene Tablette schlucken, untersucht alle 5 Minuten den Speichel, wobei man die Zeit für Lösung der Kapsel und Resorption erhält; die letzt erhaltene Zahl zieht man von der ersteren ab, die Differenz ist die Quellungszeit. Da die Pat. mehr als 24 Stunden Jodkalium im Speichel aufweisen, wird man 2 Tage warten müssen, ehe man einen zweiten Versuch anstellt; auch wird man in vielen Fällen von der Untersuchung der Resorptionszeit absehen können, da diese wenig grosse Zeitdifferenzen ergibt. Gelegentlich könnte zwar ein Päckchen mit dem Speisebrei den Pylorus ungelöst passiren, weshalb man die Untersuchung stets mehrmals vornehmen muss. Die Untersuchungsresultate ergaben: in 10 normalen Mägen erforderte die



Aufquellung der Fibrinfäden ungefähr 1 Stunde (die erste Jodkaliummenge erschien durchschnittlich nach 1¹/₄ Stunden, die Resorption betrug durchschnittlich 10 Minuten); im Gegensatz dazu brauchen. Magen mit wenig HCl oder mit HCl-Mangel (3 Dilatatio ventr., 1 Carcinoma, 1 schleimiger Catarrh, 1 Phthisis pulm. mit Hyperacidität, 1 Ulcus ad pylorum und 1 Magen mit Hypersecretion und Hyperacidität) 1¹/₂—3—4 Stunden. Die beiden hyperaciden Magen zeigten merkwürdigerweise eine Beschleunigung der Fibrinaufquellung. Es sprechen also die Resultate zu Gunsten der Methode. *Emmerich Hertzka*, Karlsbad.

1071. ***Ein eigenthümlicher Fall von erotischem Wahnsinn.*** *„La Folie lucide." Von Dr.* ***Trélat.*** *(Journ. de méd. 1889. 16. — D. Med.-Ztg. 1889. 66.)*

Madame V., von starker Constitution, angenehmem Aeusseren, liebenswürdigem Benehmen, grosser Zurückhaltung, kam 1854 in *Trélat's* Behandlung. Sie arbeitet trotz ihrer 69 Jahre sehr fleissig. Nichts deutet in ihren Handlungen während ihres Aufenthaltes im Irrenhause darauf hin, dass sie irgendwie geistig krank ist. Während 4 Jahre kein obscönes Wort. Seit dem frühesten Alter hat sie schon Männer aufgesucht und sich ihnen preisgegeben. Als junges Mädchen brachte sie ihre Eltern durch dieses herabwürdigende Benehmen zur Verzweiflung. Von liebenswürdigem Charakter, schlug sie jedesmal die Augen nieder, wenn sie sich in Gegenwart mehrerer Personen befand; sobald sie sich aber mit einem jungen oder alten Mann, selbst mit einem Kinde, allein befand, wurde sie sofort umgewandelt, hob ihre Unterröcke auf und attaquirte mit einer wüthenden Energie den, welcher das Object ihres Liebeswahnsinns war. Obwohl sich Abenteuer trauriger Art häuften, verheirateten sie ihre Eltern, in der Hoffnung, dadurch der moralischen Störung ein Ziel zu setzen. Die Heirat war für sie nur ein Scandal mehr. Sie liebte ihren Gatten mit Leidenschaft, aber sie liebte mit derselben Leidenschaft jeden Mann, mit dem sie zufällig allein war. Bald war es ein bei der Arbeit beschäftigter Handwerker, bald ein Spaziergänger, welchen sie auf der Strasse interpellirte und welchen sie unter irgend einem Vorwande zu sich hinaufkommen liess; ein junger Mann, ein Bedienter, ein Kind, das aus der Schule zurückkehrte! Sie zeigte so viel Unschuld im Aeusseren und sprach so, dass jeder ihr ohne Misstrauen folgte. Mehr als einmal wurde sie geschlagen oder bestohlen, was sie nicht hinderte, immer wieder in ihren Fehler zurückzufallen; selbst als Grossmutter setzte sie ihre Lebensweise fort. Sie wurde in ein Kloster eingeschlossen, wo sie sich so jungfräulich unschuldig zeigte, dass man nicht glauben wollte, dass sie jemals den geringsten Fehler begangen hätte und dass man Anstalten traf, sie den Ihrigen zurückzugeben. War sie einmal frei, so fing sie ihr Scandaltreiben wieder an, und so verlief ihr ganzes Leben. Nachdem sie ihren Gatten und ihre Kinder zur Verzweiflung gebracht hatte, hofften diese endlich, dass das Alter das Feuer, dass sie verzehre, erlöschen würde. Sie täuschten sich. Je mehr Excesse sie sich erlaubte, um so frischer wurde sie. Es ist kaum zu glauben, dass so niedrige Gedanken und Gewohnheiten der Physiognomie diesen süssen Ausdruck lassen können, dem Benehmen so viel Ruhe und dem



Blick eine solche klare Sicherheit. Da sie alt geworden war, so war sie gezwungen, die schändlichen Dienste, die sie sich leisten liess, zu bezahlen, und da die kleine Pension, welche sie erhielt, für diese Zwecke nicht ausreichte, so arbeitete sie mit einem unermüdlichen Eifer, um die grosse Zahl ihrer Liebhaber bezahlen zu können. Verschiedene der elenden Männer, welche von ihr bezahlt worden waren, erzählten, wie arbeitsam sie war; sie versicherten *Trélat* ihre Moralität in der Hoffnung, ihr die Freiheit zu verschaffen und so ihr Gehalt wieder zu erlangen. Diese Frau bewahrte ihre Ruhe, ihr reizendes Wesen und ihr ehrbares Benehmen bis zu ihrem Tode. Sie starb im Alter von 74 Jahren an einer Hirnhämorrhagie. Etwas Besonderes wurde im Hirn nicht gefunden.

1072. ***Ueber Herzarhythmie der Fettleibigen.*** *Von Prof. Dr. E. H. Kisch. (Prager med. Wochenschr. 1889. 21. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 21.)*

Bei der Untersuchung sehr zahlreicher Individuen mit „Mastfettherz" lenkte Verfasser seine Aufmerksamkeit besonders auf den Rhythmus der Herzthätigkeit. Im Ganzen konnte Verf. bei Fettleibigen keineswegs häufig (etwa in 8% der Fälle) Arhythmie constatiren. Bei jugendlichen Fettleibigen fand sich dieser Zustand sehr selten, es kamen in solchen Fällen meist nur geringe Grade derselben, und zwar als Herzintermittens, zur Beobachtung, die allerdings auch subjectiv empfunden wird und Anlass zu Angstgefühlen gibt. Die Mehrzahl der Fälle mit arhythmischer Herzthätigkeit betraf über 50 Jahre alte Personen; bei diesen waren Zeichen der Herzinsufficienz die Regel, die sich auch durch entsprechende Beschwerden kund gab; die höchsten Grade der Irregularität, Delirium cordis, waren stets mit schweren Symptomen von Herzschwäche verbunden. Prognostisch am günstigsten ist die Pulsintermittens aufzufassen, während ausgeprägte Irregularität als Symptom vorgeschrittener Degeneration des Herzmuskels eine höchst ungünstige Prognose gibt.

1073. ***Die Syphilis des Herzens.*** *Von Dr. T. Lang in Wien. Wien, Wilhelm Braumüller, 1889. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 41.)*

Das vom Verf. behandelte Capitel aus der Pathologie der Syphilis hat bisher noch niemals eine eingehende Bearbeitung gefunden. *Lang* hat alle bisher veröffentlichten bezüglichen Fälle, im Ganzen 44, gesammelt, und auf Grund derselben sucht er die Pathologie der Herzsyphilis darzustellen. Die Arbeit zerfällt in 4 Theile: syphilitische Endocarditis, syphilitische Myocarditis, syphilitische Pericarditis und syphilitische Neubildungen des Herzens. Die syphilitische Endocarditis tritt, wenn auch höchst selten, isolirt, d. h. ohne gleichzeitige Myocarditis auf. Sie befällt die parietalen sowohl, als die valvulären Partien des Endocardiums; letztere jedoch im Gegensatz zur nichtsyphilitischen Endocarditis viel seltener. Man findet sie sowohl in den Vorhöfen, als in den Ventrikeln, am häufigsten, wenigstens in der extrauterinen Lebensperiode, im linken Ventrikel, an der Herzspitze, der Basis der Ventricularscheidewand nächst dem Ostium der Aorta. Anatomisch bietet die valvuläre Endocarditis nur in ihren selten vorkommenden condylomatösen Bildungen ein



specifisches Product. Sonst findet man papilläre, grauweisse oder weisslichgelbe Knötchen entweder längs der Schliessungslinie der Klappenränder oder an der Klappenfläche. Die parietale syphilitische Endocarditis präsentirt sich gewöhnlich in der fibrösen und sclerosirenden Form; sie ist immer mit mehr oder weniger tiefgreifender Myocarditis combinirt. Selten ist das Endocardium blos sehnenartig getrübt, matt gefleckt oder leicht verdickt, meist ist es auf mehrere Millimeter hin in eine weisslichgelbe derbe, feste Schwiele verwandelt, die meist hyalin, fettig oder kalkig degenerirt erscheint. Die gummöse Endocarditis ist gewöhnlich mit der fibrösen syphilitischen Myo- und Pericarditis combinirt. Die Gummata stehen vereinzelt oder in Haufen, erreichen jedoch an Grösse niemals die des Myocards. Belangreich werden sie durch ihren Zerfall und den Anlass zur Ausscheidung von Faserstoff in die Herzhöhlen und hiermit auch zu Embolien und Thrombosen. Eine Differenzirung der Symptomatologie der syphilitischen Endocarditis von der nichtsyphilitischen ist wegen des latenten, oft symptomlosen Verlaufes, und da dadurch die meisten Fälle erst im Endstadium zur Beobachtung gelangen, nicht möglich. Die Diagnose ist nur bei erheblicher Betheiligung der Klappen oder des Myocardiums intra vitam mit Sicherheit zu stellen. Durch Ausschliessung einer jeden anderen, Endocarditis erzeugenden Schädlichkeit kommt man zur Diagnose der syphilitischen Endocarditis. Meist verläuft die letztere bis an das jäh eintretende Lebensende mit so geringen Beschwerden, dass ärztliche Hilfe aufgesucht wird. Die Prognose ist höchst ungünstig. — Die Therapie muss eine specifische und symptomatische sein. Die syphilitische Myocarditis ist immer partiell; sie tritt beim Erwachsenen kaum früher als im zweiten Jahre der Erkrankung entweder im Myocardium auf und greift von diesem auf das Endo- oder Epicardium über, oder es pflanzt sich der Process vom Endocardium auf das Myocardium fort. Als Formen sind zu unterscheiden eine fibröse oder interstitielle syphilitische Myocarditis und eine gummöse; letztere ist öfters mit der fibrösen Myocarditis combinirt. So lange der Ausfall an Muskelsubstanz gering ist oder durch Hypertrophie compensirt wird, so lange kein gummöser Detritus in die Herzhöhlen gelangt und der neuromusculäre Apparat des Herzens nicht in Mitleidenschaft gezogen ist, veranlassen auch die syphilitischen Myocarditiden keine erheblichen functionellen Störungen. Oft verläuft die syphilitische Myocarditis bis kurz vor dem unerwartet eintretenden Tode ohne beträchtliche Beschwerden. Die constantesten functionellen Störungen resultiren aus der Abnahme der kinetischen Kraft des Herzens. Die ersten beachteten Symptome: Beklemmung, Kurzathmigkeit, Angstgefühl, Präcordialschmerz, sind durch Stauung im Pulmonalkreislauf hervorgerufen; durch passive Hyperämie im unteren Hohlvenensystem folgen dann intensive Störungen der Magenverdauung; im Allgemeinen haben alle Symptome nichts von denen bei chronischer Myocarditis beobachteten Abweichendes. Hervorzuheben ist nur, dass die syphilitischen Myocarditiden oft zu Embolien und Thrombosen besonders in den Hirngefässen führen. Der Verlauf ist langwierig; häufig sterben die Kranken durch einen rapiden, accidentellen Vorgang, auf-



fallenderweise oft während des Stuhlgangs. Die Diagnose ist schwierig, die Prognose höchst ungünstig, die Behandlung hat sich auf Behebung des Grundleidens, sowie Bekämpfung der lästigen, das Leben des Kranken gefährdenden Zustände zu richten. Das Pericardium ist nur höchst selten der Sitz einer primärsyphilitischen Entzündung; meist ist die Affection vom Myocard fortgepflanzt. Die Entzündung ist meist partiell; es kann jedoch auch der Herzbeutel in seiner ganzen Ausdehnung ergriffen werden und obliteriren. Auch hier muss man eine chronische fibröse und eine gummöse Form unterscheiden. Eine besondere von *Balzer* beschriebene Form ist durch Bildung zahlreicher miliarer Aneurysmen und seitlicher Ausbuchtungen der pericardialen Gefässe längs der vorderen Kranzschlagader und an der Wurzel der grossen Herzgefässe charakterisirt. Eine Symptomatologie der syphilitischen Pericarditis lässt sich, da im Anfang die Beschwerden ganz unerheblich sind, später die Symptome von Seiten der complicirenden Myocarditis hervortreten, nicht aufstellen. Eine syphilitische Neubildung des Herzens ist bisher nur einmal von *Kantzow* und *Virchow* beobachtet worden, und zwar handelte es sich um ein congenitales syphilitisches Myom.

1074. ***Ueber einen durch eigenthümliche schwere cerebrale Erscheinungen complicirten Fall von Keuchhusten.*** *Von Dr. Heinrich Fritzsche in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhk. 1889, pag. 380. — Schmidt's Jahrb. 1889. 10.)*

Ein 2jähriges Mädchen erkrankte Anfangs Juni an Husten, der bald in typischen, ziemlich schweren Keuchhusten überging. Vom 21. Juni an Fieber und linkseitige Pneumonie. Vom 12. Juli an Klagen über Kopfschmerzen nach den Anfällen. Am 14. Juli Abends grosse Unruhe, häufiges Erbrechen. Am folgenden Morgen Bewusstlosigkeit und clonische Krämpfe, die zuerst nur die rechte Körperhälfte ergriffen, später aber in schwächerem Grade auch auf die linke Seite übergingen. Die Augen waren dabei weit geöffnet, die Bulbi starr nach links gewendet. Die Krämpfe kehrten in den folgenden Tagen noch mehrmals wieder und die Bewusstlosigkeit hielt bis zum 19. Juli an, da sich die Kleine zuerst wieder aufrichtete und einige Worte sprach, während sie bis dahin ganz stumm dagelegen hatte. Doch schien das Kind nicht zu hören und Gesichtseindrücke nicht aufzufassen. Die Sensibilität war anscheinend unverändert. Harn und Stuhl gingen in's Bett. Geringe Schwäche im rechten unteren Facialis. In der Folge besserte sich der Zustand nur langsam. Der Wortschatz nahm zu. Es liess sich jetzt feststellen, dass eine rechtseitige Hemianopsie bestand, vielleicht zugleich mit Seelenblindheit. Das Kind hörte jetzt, verstand aber offenbar den Sinn der Worte nicht, zuweilen schien es Gesichtshallucinationen ängstlicher Art zu haben. Es wurde auch Hemianästhesie der rechten Seite constatirt. Die rechte Gesichtshälfte blieb lange Zeit schlaffer als die linke. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab nie krankhafte Veränderungen. Die Ende September und später vorgenommenen Prüfungen der Augen „schienen das merkwürdige Ergebniss zu liefern, als ob sich das ganze Verhältniss nunmehr umgedreht hätte: es wurden nämlich die von rechts her gebrachten Gegenstände eher gesehen, als die von links her". Schliesslich



erfolgte völlige Genesung. Verf. sucht die Ursache dieses vielgestaltigen Krankheitsbildes in einer grossen oder mehreren kleinen Blutungen, die die Rinde des linken Schläfen- und Occipitallappens beeinträchtigten.

1075. ***Die neuesten Beobachtungen und Erfahrungen bei der Behandlung der Lungenschwindsucht mittelst Einathmungen feuchtwarmer Luft.*** *Von Ed. Krull in Güstrow-Mecklenburg. Nach dem Vortrag, gehalten auf der 62. Naturforscher-Versammlung in Heidelberg. 1889. (Allg. med. Centralztg. 1889. 83.)*

Des Vortragenden Hoffnung, dass es ihm gelingen werde, mittelst seiner neuen, vor Jahresfrist publicirten Behandlungsweise der Lungenschwindsucht mittelst Einathmungen feuchtwarmer Luft durch weiteren Ausbau der Methode die Heilresultate noch günstiger als bis dahin zu gestalten, hat sich, wie er mittheilt, erfüllt. *Krull* nimmt an, dass eine Lunge, die von der Tuberculose befallen wird, bereits vorher in ihrer Constitution geschwächt ist, da sonst es nicht zu erklären sei, wie so viele Menschen, welche Jahre hindurch täglich in der unvorsichtigsten Weise mit Lungenschwindsüchtigen verkehren, dennoch nicht von der Tuberculose befallen würden, und dass eine Befreiung der Lunge von der Tuberculose nur durch eine Hebung ihrer constitutionellen Schwäche erreicht werde. Dieses letztere hält er aber nur für möglich durch eine Steigerung des Blutgehaltes der Lunge, und zu diesem Zwecke bedient er sich der Einathmungen einer mit Feuchtigkeit gesättigten warmen Luft. *Krull* weist dabei darauf hin, dass auch Prof. *Heller* in der Section für Pathologie gelegentlich der grossen Tuberculose-Discussion die Frage nach dem Schutze gegen die Tuberculose dahin beantwortete, dass nach seiner Beobachtung einer blutreichen Lunge wohl die Befähigung innewohne, der Invasion der Tuberkelbacillen erfolgreichen Widerstand zu leisten. Unendlich grosse Schwierigkeiten hat es *Krull* bei seinem Verfahren bereitet, die Grenzen der Methoden zu finden, da Alles darauf ankomme, der Lunge möglichst viel Blut zuzuführen, ohne dabei einen Reiz auf die erkrankten Partien der Lunge auszuüben. Anfänglich glaubte er, diesen beiden Forderungen zugleich gerecht zu werden, wenn er die Temperatur der Inhalationsluft auf circa 45° C. und die Sitzungsdauer auf 30—40 Minuten festsetzte. Aus mehreren, in der oben citirten Arbeit angegebenen Gründen hat er später eine Temperatur von 39—40° C. und eine Sitzungsdauer von 15 bis 20 Minuten in Anwendung gebracht. Aber auch diese mildere Behandlungsweise befriedigte die Ansprüche, die er an sein Verfahren stellen zu können glaubte, noch nicht völlig. Es schien ihm auch dabei in einigen Fällen, als ob sich der Heilungsprocess zu sehr in die Länge gezogen hätte. Und da er vermuthete, dass eine feuchte Luft von 39—40° C. unter Umständen auf eiternde Wundflächen doch noch stärker, als wünschenswerth, einwirken könne, so ist er, langsam prüfend, bis auf eine Temperatur von 36—37° C. hinabgegangen. Von einer solchen mit Feuchtigkeit gesättigten Luft, deren Temperatur ungefähr derjenigen der normalen Körperwärme entsprach, glaubte er mit Recht erwarten zu können, dass sie sich völlig reizlos auch sehr empfindlichen kranken Lungenpartien gegenüber verhalten würde; nur handelt



es sich dabei um die Frage, ob von einer solchen Luft auch eine vermehrte Zufuhr von Blut zur Lunge zu erwarten sei. „Ueberall in der Lunge, auch in den Alveolen," sagt *Krull*, „wenn auch in diesen letzteren nicht in dem Grade, wie in den Bronchien, ist die Luft für gewöhnlich kühler, als das Blut. Durch diesen Kältereiz muss das gesammte Gefässnetz der zahllosen Alveolar- und Bronchialwände in einem gewissen Grade verengt sein. Diese Verengerung nun wird durch den Eintritt einer mit Feuchtigkeit gesättigten Luft von 36—37° C. aufgehoben werden. — Meine Versuche mit dieser Temperatur bestätigten meine Annahme, denn die Symptome, welche ich auf Grund meiner experimentellen Beobachtungen nur als unmittelbare Folgezustände einer stärkeren Blutfüllung der Lunge ansprechen kann, und die darin bestehen, dass nach der Sitzung noch stundenlang eine Verringerung der Pulsschläge und eine entsprechende Kräftigung derselben zu beobachten und eine, wenn auch oft nur geringe Abnahme der Körpertemperatur wahrzunehmen ist, traten bei denselben Kranken noch ebenso prompt zu Tage, als vorher bei der Anwendung einer Temperatur von 39—40° C.; und ebenso erfreuten sich diese Kranken nach der Sitzung derselben wohlthätigen Ruhe. Dabei hatten die Kranken auch bei der Einathmung von 36 bis 37° C. eine ungemein angenehme Wärmeempfindung." *Krull's* Voraussetzung nun, dass bei dieser Inhalationstemperatur von 36 bis 37° der Heilungsprocess in der Lunge schneller als bis dahin vor sich gehen würde, scheint sich zu bestätigen, was er durch die in einem Zeitraum von 2 Monaten bei 5 Kranken, die in der zweiten Hälfte des Juli dieses Jahres in seine Behandlung getreten sind, bei Anwendung der eben genannten Temperatur erzielten Resultate als erwiesen annehmen zu können glaubt. Von den vom Verf. angeführten 5 Fällen möge hier der erste erwähnt werden. Die übrigen siehe im Original. Der erste Kranke war ein 37jähriger Landmann, der, hereditär nicht belastet, stets gesund gewesen ist bis vor 10 Jahren, wo er eine Pneumonie acquirirte, an der er 9 Wochen zu Bette lag. Seit dieser Zeit hat er häufig an Husten mit etwas Auswurf gelitten. Im letzten Jahre war der Husten permanent. Der Auswurf, der in den letzten Wochen zuweilen mit Blut untermischt war, wurde sehr reichlich. Die Kräfte begannen zu verfallen, es stellten sich Nachtschweisse und Kurzathmigkeit ein. — Die Untersuchung der Lunge ergab linksseitigen und rechtsseitigen Spitzencatarrh; ausserdem hinten links von der Mitte der Scapula bis nach unten Dämpfung, Bronchialathmen, zahlreiche grob und mittelblasige Rasselgeräusche. Die Temperatur stieg Nachmittags immer etwas über 38°. Die Menge des eiterigen tuberkelbacillenhaltigen Sputums betrug in 24 Stunden 80—100 Gramm. Das Körpergewicht war in der Abnahme begriffen. Am 19. Juli begann die Cur mit folgendem, jetzt constatirten Erfolge: Der beiderseitige Spitzencatarrh ist fort. Die Dämpfung hinten unten hat sich bis auf Kleinhohlhandgrösse verloren, daselbst bronchiales Athmen, ohne ein einziges Rasselgeräusch. Die Kurzathmigkeit ist fort. Die Temperatur erreicht seit mehreren Wochen nie mehr als 37°. Allgemeinbefinden vorzüglich. Gewichtszunahme 20 Pfund. Die Menge des Sputums beträgt circa 5 Gramm in 24 Stunden. Die

letzte Untersuchung desselben ergab unter 8 Präparaten in einem einzigen einzelne Bacillen.

Hervorzuheben ist, dass neben der Einathmungscur in allen Fällen kein Medicament angewandt worden, auch die Lebensweise und die Ernährung der Patienten nach keiner Richtung hin irgendwie verändert worden ist. Als geheilt durch sein Verfahren sieht *Krull* nur Diejenigen an, bei welchen keine Recidive eingetreten sind, woraus er allerdings noch keinen Schluss für die Zukunft dieser Personen ziehen kann, weil er die Zeit hierzu noch für zu kurz hält. So geheilte Personen könnten aber eine grosse Zähigkeit in schweren Erkrankungen entwickeln, wie ein in seiner ersten Arbeit erwähnter Techniker, dessen Lunge mehrere grosse, vernarbte Cavernen aufwies, in diesem Frühjahr einen dreimonatlichen hochfebrilen Gelenksrheumatismus mit pneumonischen, pleuritischen und pericarditischen Erscheinungen glücklich überstanden und nach wie vor wieder in seinem Berufe thätig ist. Auf Grund seiner nun fast 4jährigen Erfahrung hält *Krull* die Temperatur von 36—37° C. zur Benutzung für die geeignetste. Die Versuche, die er mit einer Temperatur angestellt hat, die nur etwas, ja nur einen Grad niedriger war, verliefen resultatlos. Dazu kam, dass die Kranken hierbei beim Inhaliren eine unangenehme Empfindung am Halse, eine Art Kältegefühl, wahrnahmen. — Die Dauer der Sitzung wurde nicht verändert, und hält *Krull* die Zeit von 15 Minuten in den allermeisten Fällen für völlig ausreichend. 20 Minuten sei für Manche schon zu viel. Mehr als eine Sitzung am Tage vornehmen zu lassen, hat *Krull* sich nicht veranlasst gesehen. Soll die Behandlung mit Erfolg gekrönt werden, so ist es dringend nothwendig, alle die Vorschriften, die er in seinen bisherigen Publicationen gegeben hat und die die Frucht sorgfältigster Beobachtung sind, genau und pünktlich zu befolgen.

1076. ***Ueber die Prognose der Albuminuriefälle, mit besonderer Berücksichtigung der Lebensversicherung.*** *Von* ***W. Pavy****. Bericht der Jahresversammlung der Brit. Med. Association in Leeds. 1889. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 80.)*

Der interessante Vortrag ist nicht nur für Versicherungsärzte, sondern für alle Aerzte von Wichtigkeit. Verf. stellt sich die Frage: Ist zu erwägen oder nicht, dass es Fälle von Albuminurie gibt, welche man für die Lebensversicherung für zulässig erachten darf; und, im Bejahungsfalle, wie soll man diese Fälle mit der nöthigen Sicherheit von den ernsteren unterscheiden? — Die Frage liegt somit so: Beruht die Albuminurie auf einer zufälligen Functionsanomalie, oder ist sie vergesellschaftet mit Structurveränderungen? Albuminurie erscheint zuweilen als etwas Vorübergehendes. Gewisse Verhältnisse kurzen Bestandes sind manchmal als Ursache derselben beobachtet worden, welche verschwindet, sobald jene zu wirken aufhören. Ist jenes Verhältniss ein krankhaftes, so richtet sich nach seiner Natur auch die Beurtheilung der Albuminurie. Dass dieses aber nicht der Fall zu sein braucht, ist allgemein bekannt. So tritt nach übermässigem Marschiren sehr häufig Albuminurie auf, und *Barnes* behauptet, sie nach plötzlichem Untertauchen in kaltes Wasser gesehen zu haben. Diese Fälle sind von vorneherein von guter Prognose.



Die anderen Fälle theilt *Pavy* in 3 Gruppen, nämlich in solche, die 1. nur Spuren von Albumen zeigen, 2. einen deutlichen Niederschlag darbieten, der stets vorhanden ist, 3. einen deutlichen Niederschlag zeigen, welcher zuweilen verschwindet; „Fälle cyclischen Charakters“. — Bevor die Dignität der einzelnen Fälle erwogen wird, stellt Verf. die Bedingung, dass all den zu besprechenden Fällen jedes einzelne, auf Morbus Brightii hinweisende Moment fehle, dass nur die Albuminurie an sich sie als eine für die Entscheidung offene ansehen lässt. Eine umsichtige Erwägung aller Nebenumstände ist zur sicheren Anschauung nöthig und folgende Punkte sind besonders zu berücksichtigen: 1. Ist in der Familien- oder der persönlichen Geschichte ein Punkt vorhanden, der an Nierenerkrankungen denken lässt? — 2. Hat Pat. eine Nephritis, Gicht, Bleiintoxication etc. durchgemacht? — 3. Kann das Alter des Pat. ein Nierenleiden begünstigen? — 4. Haben sich Spuren von Oedemen gezeigt oder ist eine unnatürliche Blässe vorhanden? — 5. Hat Pat. an längeren Kopfschmerzen, Schwindel oder irgend einer Art von Ohnmacht gelitten? — 6. Ist die Sehkraft ungeschwächt? (Im Falle, dass sie geschwächt ist, sofort ophthalmoskopische Untersuchung! Retinitis albuminurica.) — 7. Ergibt die Untersuchung des Gefässsystems irgend welche Anzeichen, wie: schnellenden Puls, Verdickung der Arterien, anormalen Spitzenstoss, Accentuirung des zweiten Aortentones, Verdoppelung des ersten Tones an der Spitze, starke Spannung der Arterien? — 8. Hat Pat. albuminurische Dyspnoe oder Herzklopfen gehabt? Daneben sind noch andere Punkte zu beachten, z. B. ob der Pat. zuweilen an Anorexie, abwechselnd mit Abneigung gegen Speise, leidet. Der Urin ist wohl zu beachten in Bezug auf seine physikalische Beschaffenheit. Eine zufällige reichliche Menge mit niedrigem specifischen Gewichte hat keine grosse Bedeutung; als gewohnheitsmässige Erscheinung muss sie jedoch den Verdacht auf eine schwere Erkrankung erwecken. Die mikroskopische Untersuchung auf Cylinder und Blutkörperchen ist unerlässlich, man hüte sich jedoch vor den Cylindern ähnlichen Formationen, die aus den Samencanälchen stammen und mit oder in Verbindung mit Spermatozoën gefunden werden. Verf. sah sie in einem Falle im Harne mehrere Male, ohne dass ein Nierenleiden vorhanden war. In einem anderen Falle lag wirklich Nephritis, verbunden mit Tonsillitis, vor — die Folgen einer Erkältung. Dieser Fall war ein complicirter, denn dieselbe Harnprobe enthielt Cylinder und Spermatozoen zu einer Zeit, da sie von Albumen frei war.

Nach diesen Auseinandersetzungen erwägt Verf. die Prognose der einzelnen Gruppen von Fällen, die er oben aufgestellt hat. Die erste Gruppe zeigt nur Spuren von Albumen, und diese ist nach *Pavy's* Erfahrung nicht besonders bemerkenswerth, wenn nicht irgend etwas Anderes auf das etwaige Vorhandensein einer Nierenerkrankung hinweist. Selbstverständlich muss die Probe mit einem feinen und sicheren Reagens gemacht werden. In diesen Fällen hat man nur zu unterscheiden zwischen einem normalen Zustand und der Granularatrophie, die auch einen nur Spuren von Albumen enthaltenden Harn gibt. Die Unterscheidung ist leicht bei Berücksichtigung der vermehrten Harnmenge, des



niedrigen specifischen Gewichtes und der krankhaften Veränderungen des Gefässsystems. Die zweite Gruppe von Fällen, in denen stets ein bemerkbares Object vorhanden ist. Es kommen Fälle vor, in denen man weder aus der Krankengeschichte, noch durch Auffindung von Cylindern oder von anderen allgemeinen Symptomen Fälle von Morbus Brightii erkennt. In Bezug auf diese ist eine bestimmte Prognose nicht zu stellen. Verf. glaubt die Anschauung vertreten zu können, dass sich unter diesen Fällen solche befinden, die ohne ernste Gefahren verlaufen, doch hält er es für zur Zeit nicht möglich, von diesen jene zu trennen, die sehr bald deutliche Symptome von Morbus Brightii darbieten. Es genügt nicht, die Abwesenheit von Cylindern und Veränderungen des Gefässsystems zu constatiren, denn oft lassen uns unsere Mittel im Stich bei der Auffindung der Cylinder, und über den wahren Zustand des Gefässsystems haben wir auch keine Anschauung; nichtsdestoweniger können sie in Folge anderer Umstände genügen, das Vorhandensein der Krankheit nachzuweisen. Fälle, die längere Zeit in genauer Beobachtung sind, ohne dass sich eine schwerere Störung zeigt, geben eine bessere Prognose, aber nur solche; sicherlich aber besteht auch noch in diesen ein grösseres Risico, als gewöhnlich. *Pavy* glaubt, die Entscheidung über die zweite Gruppe Anderen überlassen zu müssen. Die dritte Gruppe umfasst die „Fälle cyclischen Charakters", d. h. solche, welche einen bedeutenden Niederschlag zu Zeiten zeigen, der aber wieder für einige Zeit verschwindet. Verf. hat über diese Fälle, welche er unter dem Namen cyclischer Albuminurie beschrieben hat, grössere Erfahrung. Dieselben sind Fälle functioneller Albuminurie, bei denen das „Cyclische" nur ein Unterscheidungsmerkmal von anderer functioneller Albuminurie ist. Sie zeigen, je nach der Tageszeit, Eiweiss oder nicht, ohne dass andere Anzeichen einer vorhandenen oder abgelaufenen Krankheit nachzuweisen sind. Beim Aufstehen des Morgens fehlt das Albumen, nach zwei Stunden tritt es auf; es wächst mit dem Tage; neigt sich dieser seinem Ende, so nimmt auch das Albumen ab, so dass es beim Zubettegehen wieder verschwunden ist. Am nächsten Morgen erscheint es wieder und hält die eben beschriebene Ordnung ein. — Diese Fälle verlaufen Wochen, Monate, Jahre lang, ohne dass irgend ein anderer Umstand darauf aufmerksam macht. Mit Hilfe genauer Beobachtung wird sich feststellen lassen, ob der vorliegende Fall zur cyclischen Albuminurie gehört. Ist es der Fall, so kann man eine günstige Prognose stellen, natürlich, wenn andere Symptome, die auf Morbus Brightii hindeuten, nicht vorhanden sind. Verf. würde diese Fälle zur Versicherung zulassen, eventuell gegen eine Erhöhung der Prämie.



Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1077. ***Erfahrungen über ein neues Eisenmangan-Präparat.*** *Von Dr. S. Ascher. (Allg. med. Centralztg. 1889. 83.)*

Bereits 1852 hat *Petrequin* das Mangan in Verbindung mit Eisen gegen Chlorose und Anämie empfohlen, ebenso *Rühle* (Bonn) und in neuester Zeit wurde es von *Ringer* und *Murrel* bei Amenorrhoe 18—20jähriger Mädchen angewendet. Verf. hat in 80 Fällen von Chlorose ein neues, von *Kaysser* (Wilhelmshaven) dargestelltes Präparat, das Liquor ferro-mangan.-pepton. Kaysser, welches Eisen mit Mangan in leicht resorbirbarer, peptonisirter Form enthält, mit ausserordentlich gutem Erfolge gereicht, und zwar insbesondere bei der reinen Chlorose des weiblichen Geschlechtes in den Entwicklungsjahren in 30 Fällen. Das Präparat wurde stets gerne genommen und gut vertragen, und innerhalb weniger Wochen schwanden Kopfschmerz, Schwindel und Herzklopfen, die Appetitlosigkeit besserte sich und das Körpergewicht stieg stets fast um 1—2 Kgrm. Gute Dienste leistete das Präparat bei Kranken, die ausser an Anämie an mehr oder minder ausgesprochener Scrophulose litten, ferner bei jener Form der Anämie, die sich häufig bei jungen Frauen als Theilerscheinung von Uterinleiden oder auch nach reichlichem Blutverlust in Folge mehrfacher Aborte und Entbindungen findet. Bei hochgradiger Anämie nach Malaria leistete dieses Mittel ebenfalls gute Dienste. Verf. verabreichte davon 3mal täglich 1 Kinderlöffel und Kindern in gleicher Dosis mit Wein aa. Ausserdem wurden Abreibungen, Soolbäder und kräftige Ernährung verordnet. Dr. *Steigenberger*, Budapest.

1078. ***Zur Therapie der Diphtheritis.*** *Von Dr. Josef Burchardt in Wien. (Wiener med. Wochenschr. 1889. 39—40.)*

Verf. wendet seit vielen Jahren mit ausgezeichnetem Erfolge Insufflationen mit Rp. Florum sulf. lot., Sulf. Chinin. aa., sehr fein gepulvert, an. Er benützt den bekannten Pulverbläser und bestreut mit dessen Hilfe 2mal täglich die diphtheritisch belegten Tonsillen, den Rachen und prophylactisch auch die Nase. 33 so behandelte Fälle genasen sämmtlich — ein allerdings sehr schöner Erfolg. 1—2 Dgrm. dieses combinirten Pulvers genügen für eine Insufflation. Nach derselben lässt Verf. 1—1 1/2 Stunden gar nichts verabreichen. In der Zwischenzeit lässt er übrigens auch mit chlorsaurem Kali gurgeln und reicht leichte Lösungen von Eisenchlorid. Dr. *Steigenberger*, Budapest.

1079. ***Todesfall durch Aethylenbromid.*** *Mitgetheilt von Dr. E. Kollmar. (Münchn. med. Wochenschr. 1889. 42.)*

Zur Erzielung kurzdauernder Narcosen ist in neuerer Zeit bekanntlich das Bromäthyl (C_2H_5Br) (Aethylum bromatum, Aether bromatus) vielfach in Aufnahme gekommen. Während dasselbe prompt und ohne üble Nebenerscheinungen wirkt, stellt das Aethylenum bromatum (Aethylenbromid) ($C_2H_4Br_2$) ein sehr heftiges Gift dar. Die ähnliche Bezeichnung der beiden Körper wurde kürzlich die Veranlassung einer verhängnissvollen Verwechslung. Ein Arzt wollte, wie Dr. *E. Kollmar* in Carlsruhe in der „Deutschen Monatsschr. f. Zahnheilk.“, October-Heft, mit-



theilt, eine Operation unter Narcose mit Bromäthyl ausführen, verwechselte dieses aber mit Bromäthylen. 40 Grm. Bromäthylen wurden auf die Maske gegossen, der Patient wurde sofort sehr unruhig, bekam eine sofortige Entzündung der Conjunctiva, Reizung im Kehlkopf, starke Schmerzen unter dem Brustbein, wurde nicht betäubt; nachher wurde Chloroform gegeben und die Operation gut vollzogen. Im Laufe des Tages trat heftiges Erbrechen ein, das bis zum nächsten Tage anhielt, alle Mittel dagegen waren fruchtlos, Patient starb unter den Erscheinungen der Herzschwäche bei vollständigem Bewusstsein. Die Section ergab als Todesursache acute Luftröhren- und Lungenentzündung, hervorgerufen durch die reizenden Einathmungen von Aethylenbromid. Von einer Verfolgung des betreffenden Arztes wurde, in Anbetracht der verwirrenden Bezeichnungen der beiden Körper selbst unter den chemischen Fachmännern, abgesehen. (Die von der Redaction d. Z. eingeschalteten Formeln zeigen klar den Unterschied beider Präparate.) —*r.*

1080. ***Zur Lehre von der Atropinvergiftung.*** *Aus der ophthalmologischen Praxis. Von Dr. Richard Hilbert. (Memorabilien. J. 33. H. 8.)*

In der Berliner medicinischen Gesellschaft, Sitzung vom 21. März 1888, berichtete *P. Guttmann* über einen Fall von Atropin-Vergiftung bei einem einjährigen Knaben. Derselbe hatte etwa 0·01—0·012 Atropin. sulf. zu sich genommen, und bot neben sonstigen durch das genannte Alkaloid hervorgerufenen Vergiftungssymptomen noch folgende merkwürdige Erscheinung dar: Berührte der genannte Autor die Cornea des Kindes mit dem Finger, um zu constatiren, ob reflectorischer Lidschluss vorhanden sei, so trat letzterer nicht ein, wohingegen die rhythmische, im Uebrigen nur etwas beschleunigte Athmung bei jeder solchen Berührung cessirte. Der durch diesen Reiz bewirkte Athmungsstillstand dauerte jedesmal 5—9 Secunden und wurde im Zeitraum von 5 Stunden etwa 20mal beobachtet. *Hilbert* hatte vor Kurzem Gelegenheit, eine ähnliche Beobachtung anzustellen. Zu dem fünfjährigen Kinde A. B. gerufen, constatirte er bei demselben: Besinnungslosigkeit, stier geöffnete Augen mit ad maximum erweiterten Pupillen, stertoröses, aber rhythmisches Athmen, dabei Zunge und Schlund trocken. Der Puls sehr beschleunigt und gespannt, tiefes Coma. Die Anamnese ergab, dass das Kind vor einigen Minuten den Inhalt eines Fläschchens mit Augentropfen verschluckt hatte. Die Tropfen hatte Verf. selbst vor einigen Monaten verschrieben: Atropin. sulf. 0·1 : Aqu. dest. 20·0; wieviel davon noch vorhanden gewesen, liess sich nicht mehr feststellen. Wurde nun in diesem Falle von Atropin-Vergiftung die Hornhaut mit dem Finger oder einem anderen Gegenstande berührt, so erfolgte zunächst ein tiefer Athemzug, dann hörte die Athmung für mehrere Secunden ganz auf und begann dann mit einigen sehr leichten und oberflächlichen Hustenstössen auf's Neue im früheren Tempo. Auch hier blieb der Lidschluss dabei aus. Dieses Experiment konnte gleichfalls mehrere Male hintereinander immer mit demselben Erfolge wiederholt werden, bald aber wirkten die sofort applicirten Morphin-Einspritzungen: das Kind erlangte wieder sein Bewusstsein und genas auch in der

Folge. Aus diesen Beobachtungen folgt, dass das Athmungscentrum reflectorisch leichter erregbar ist, als das des N. facialis (Lidschluss). Der reflectorische Einfluss auf die Athmung von Seiten des 2. und 3. Astes des N. trigeminus war bereits lange bekannt; neu war er aber für den hier in Betracht kommenden 1. Ast dieses Nerven. Verf. weist nun darauf hin, dass *Hery J. Neilson* auch eine Beobachtung in umgekehrtem Sinne gemacht hat. Dieser Autor beobachtete das Spiel der Pupille während der Chloroform-Narcose bei Menschen und Hunden, und kam dabei zu folgenden Resultaten: Zunächst, bei beginnender Chloroform-Narcose, erweitert sich die Pupille (Stärke und Dauer der Erweiterung ist individuell verschieden), dann aber, sobald nämlich die Narcose complet ist, verengert sie sich und verharrt in diesem Zustande bis zum Erwachen aus der Narcose. Wird aber die Narcose bis zur Asphyxie fortgesetzt, so erweitern sich plötzlich die Pupillen und verengern sich erst dann, wenn wieder ausgiebig geathmet wird. *D. R.*

1081. ***Zur Therapie der Cholelithiasis.*** *Nach dem Vortrag, gehalten im Wiener med. Doctoren-Collegium. Von Dr.* ***M. Abeles.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1889. 4.)*

Von einer richtigen Therapie der Cholelithiasis wird verlangt, dass man trachte, die vorhandenen Concremente aufzulösen. *Abeles* ist kein Mittel bekannt, welches im Stande wäre, dies zu leisten. Von den Mitteln, die man zu diesem Zwecke empfohlen hat, ist das *Durande*'sche, das aus 2 Theilen Ol. Therebinth. und 3 Theilen Aether besteht, das berühmteste. Nach den Aussagen vieler erfahrener Aerzte hat es einen gewissen Einfluss auf die Gallenkrämpfe. *Frerichs* schreibt dies der krampfstillenden Wirkung des Aethers zu. Nach den neuesten Untersuchungen von *Prevost* und *Binet* ist Terpentinöl im Stande, die Gallensecretion etwas anzuregen; es ist also möglich, dass es auch im *Durande*'schen Mittel eine Rolle spielt. Von der problematischen Auflösung der Concremente abgesehen, muss sich die Therapie drei Hauptziele stellen: 1. Den gewöhnlichen, natürlichen Vorgang der Elimination der Gallenconcremente auf den physiologischen Bahnen anzuregen und zu erleichtern, und wo dies durch interne Behandlung nicht mehr möglich ist und die Anwesenheit der Concremente peinigend und für das Leben bedrohlich ist, sie auf operativem Wege zu entfernen. 2. Die Bildung neuer Concremente zu verhindern. 3. Die Leiden des Kranken während jedes einzelnen Anfalles zu bekämpfen, ohne dabei den Vorgang der Elimination zu beeinträchtigen. Zur Erreichung des ersten Zieles trachten wir, die Secretion der Galle zu befördern. Wir kennen aber kein pharmaceutisches Mittel, von dem wir mit Bestimmtheit sagen könnten, dass es diese Wirkung habe. Die Experimentalpathologen sind darüber wohl alle einig, dass Galle, Gallensäuren und gallensaure Salze wirkliche gallentreibende Mittel, sogenannte Cholagoga, sind. Diese Stoffe haben sich aber in der Praxis nicht eingebürgert. In Bezug auf die Alkalien geben *Lewaschew* und *Klikowitsch* an, dass sie die Absonderung der Galle unter Verminderung des Gehaltes an festen Bestandtheilen befördern. *Prevost* und *Binet* haben das salicylsaure Natron wirksamer als die kohlensauren Alkalien gefunden. In jüngster Zeit hat eine

schon von *Kenedy* vorgeschlagene und von *Trouatre* neuerdings hervorgeholte Therapie gegen Gallensteine viel von sich reden gemacht. Sie besteht darin, dass die Kranken Morgens nüchtern 200 bis 300 Gramm Olivenöl einnehmen und sich darauf auf die rechte Seite legen. Es sollen darauf nicht nur die Kolikschmerzen aufhören, sondern auch die Concremente abgehen. (S. d. Z., Jahrg. 1889, Nr. 577 u. 1033.) *Chauffard* und *Dupré* in Paris haben das Verfahren an einer Reihe von Patienten geprüft und immer Erleichterung der Schmerzen und Besserung des ganzen Befindens erzielt. Die zahlreichen mit dem Stuhle abgehenden grünlichen, halbfesten, ziemlich grossen Concremente oder Stücke enthielten nur sehr wenig Cholestearin und bestanden hauptsächlich aus Fettsäuren und neutralen Fetten, waren also keine Gallensteine. Es steht also nicht zu erwarten, dass diese neue Oeltherapie grosse Dienste leisten werde. In Fällen von Cholelithen ohne Icterus wird sie unschädlich sein, bei Mangel an Galle im Darm kann sie die vorhandenen Verdauungsstörungen vermehren. Vorläufig also wird man, um den beiden ersten Indicationen, nämlich die Austreibung der Gallensteine anzuregen und ihre Wiederbildung zu verhindern, Genüge zu leisten, bei jener Behandlungsmethode bleiben, welche zwar nicht unfehlbar, von der aber eine über ein Jahrhundert alte klinische Erfahrung gezeigt hat, dass sie in den meisten Fällen wirksam sei und das ist der Gebrauch der kohlensauren und schwefelsauren Alkalien in Form von Mineralwässern, also die Thermen von Vichy, Ems, Marienbad, Tarasp und allen voran Carlsbad. Das Carlsbader Wasser bewirkt, dass latente Cholelithiasis manifest wird, d. h. es werden dort die Kolikanfälle hervorgerufen. Leute, die früher einmal an Leberkoliken gelitten und sich in Carlsbad davon befreit, kehrten aus Furcht oder Vorsicht, oder gemahnt durch irgend ein Unbehagen, nach einem oder mehreren Jahren wieder dahin zurück, sie trinken einige Zeit ihren Brunnen, und plötzlich stellt sich ein charakteristischer Anfall ein. Solche Anfälle kommen den Carlsbader Aerzten so wiederholt zur Beobachtung, dass es schwer ist, ein zufälliges Zusammentreffen der ersten Kolik und der Brunnencur anzunehmen. Gewiss ist, dass hier und da die prompte Auslösung der Krämpfe auch ausbleibt, und die Kranken erst zum Schluss der Cur oder auf der Heimreise oder noch später von einer Kolik befallen werden, aber auf der anderen Seite sieht man markante Fälle, die für einen Nexus zwischen Trinkcur und Auslösung der Krämpfe sprechen. Ob die Expulsion der Concremente unter dem Gebrauche des Thermalwassers leichter von statten gehe, lässt sich schwer sagen, doch wird man zu dieser Annahme durch den Umstand gedrängt, dass Kranke, die schon zu Hause wiederholt die heftigsten Anfälle resultatlos durchgemacht, in Carlsbad genesen. Ja man möchte sogar glauben, dass dort die Elimination ohne schmerzhaften Krampf ablaufen kann, denn viele Kranke, bei denen man auf die Anwesenheit von Concrementen schliessen darf, bekommen keinen Krampf und verlassen Carlsbad mit der Empfindung voller Gesundheit und es tritt auch nachher kein Symptom von Cholelithiasis mehr auf. Weiters genügt Carlsbad der Indication der Prophylaxis. Die Cholelithiasis hat eine grosse Tendenz zu Recidiven. Wenn



aber die Kranken längere Zeit und wiederholt unter dem Einflusse des alkalischen Mineralwassers stehen, so können sie mit Wahrscheinlichkeit auf Genesung oder doch auf eine mehrjährige Ruhepause rechnen. Als drittes Postulat der Therapie wurde die Bekämpfung der Leiden während des Anfalles hingestellt. *Abeles* glaubt sich in Uebereinstimmung mit allen Aerzten zu finden, die oft Gallenkoliken sehen, dass es dafür nur ein Medicament gibt, das bisher durch kein anderes ersetzt werden konnte und das ist Morphin in Form von Injection. Es beseitigt alle Qualen des Kranken, ohne die Austreibung des Steines zu hindern, denn es wirkt erfahrungsgemäss nicht auf die glatten Muskelfasern.

—*r.*

1082. ***Die Behandlung der Ischias durch externe Application von Schwefelblüthe.*** *Von Dr. Makrocki in Potsdam. (D. Med. Ztg. 1889. 55. — Pest. med.-chirurg. Presse. 1889. 35.)*

Duchesne hat im Journal de médecine de Paris einen Aufsatz veröffentlicht, in dem er das bereits von *Guéneau de Mussy* angewandte Verfahren, das besonders in England eine weite Verbreitung besitzen soll, wegen seiner prompten Wirkung nochmals dringend empfiehlt. *Makrocki* verfügt über folgende Beobachtung: Am 22. März 1888 kam eine Arbeitersfrau wegen Thränens des linken Auges in seine Behandlung, als dessen Ursache sich eine oberflächliche Hornhautentzündung herausstellte. Sie gab ausserdem an, dass sie seit Weihnachten an Rheumatismus in der linken Seite leide, der sich durch Ziehen in Hals, Schulter und besonders Hüfte bemerkbar mache, so dass sie Nachts nicht schlafen könne. Die vom Arzt verschriebenen Pulver — Antipyrin — hätten wohl momentan geholfen, jedoch wären sie zu theuer, auch käme das Reissen wieder. Da hätte ihr dann eine Mitarbeiterin — Pat. arbeitet in einer Cigarrenfabrik — ein altes Volksmittel empfohlen, sie sollte sich pulverisirten Schwefel aufstreuen. Das hätte sie nun längere Zeit, und zwar da, wo die Schmerzen am heftigsten wären, an der Hüfte, gethan und jedesmal waren die Schmerzen im Verlaufe einer halben Stunde verschwunden, so dass sie ruhig geschlafen hätte. Sie fürchte jetzt nur, dass die Augenentzündung Folge des angewandten Schwefels sei. Auf Befragen gab sie an, dass sie in der Drogenhandlung gekauften pulverisirten Schwefel dünn auf Watte oder Wolle streue und dieses fest auf die Hüfte binde. Jedesmal wären dann die Schmerzen mehrere Tage weggeblieben und wenn sie dann, jedoch nicht so heftig wie früher, wiedergekommen wären, wäre der Schmerz jedesmal in kurzer Zeit nach einem solchen Pflaster verschwunden. Unangenehme Folgen hätte sie bis jetzt nicht gespürt. Ein Jahr später kam Pat. wegen einer Episcleritis desselben Auges wieder in *Makrocki*'s Behandlung und die gemachten Journalnotizen erinnerten ihn an die vorher niedergeschriebene Beobachtung. Auf sein Befragen nach ihrem Rheumatismus sagte Pat., dass sie das Mittel noch etwa 14 Tage angewandt, es dann aber ausgesetzt habe, weil es nicht mehr helfen wollte. Vielleicht war diese Neuralgie syphilitischer Natur, da sie vor 15 Jahren Lues mit sämmtlichen secundären Symptomen überstanden hat. Wenn nun auch eine vollständige Heilung der Ischias durch diese Schwefeleinpackungen nicht erfolgt ist, so

ist schon der Umstand, dass die Schmerzen für mehrere Tage weggeblieben, dann aber in geringerem Masse aufgetreten sind, Grund genug, bei einer so weitverbreiteten und hartnäckigen Krankheit jede Behandlungsweise zu versuchen, die neben einiger Aussicht auf Erfolg bei absoluter Schmerzlosigkeit den Vorzug grösster Billigkeit für sich hat, so dass sie auch vom ärmsten Manne angewendet werden kann.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

1083. ***Zur Behandlung der Tabes und anderer Nervenkrankheiten mittelst Suspension.*** *Von Dr. **Raoult.** (Progrès médical. 1889. 25.)*

Auf Grund casuistischer Zusammenstellungen hält *Raoult* die Suspension zwar für kein Heilmittel der Tabes, jedoch immerhin für sehr empfehlenswerth, indem die schmerzhaften Symptome und der grösste Theil der motorischen Störungen in vielen Fällen wesentlich vermindert werden. Die Suspensionen erfolgen täglich anfangs $^1/_2$—1 Minute, später bis zu 8 Minuten. *Charcot* zählte unter 50 Fällen 38 Erfolge, ebenso berichten *Lespinasse, Hammond* und *Morton* über günstige Resultate. *Erb* hat, wie er in der Wanderversammlung der Irrenärzte in Baden-Baden mittheilte, die Suspension bei 6 Tabikern angewendet und bei 3 davon Besserung erzielt. *Rochelt.*

1084. ***Indicaciones de la interocacion quirurgica en los procesos pleuro-pulmonares.*** *Von Dr. **F. Huertos.** (Revista de med. e cir. pract. 1888. — Centralbl. f. Chir. 42.)*

Verf. behandelt Exsudate der Pleura mittelst Aspiration, bei Empyemen nimmt er Incision mit Rippenresection vor. Derselbe berichtet über 11 einschlägige Fälle. Einer dieser Fälle ist erwähnenswerth. Bei einem 26jährigen Manne, wo nach einer Empyemoperation eine Fistel zurückgeblieben war, zeigte sich die Basis der rechten Lunge gangränös. Die brandigen Theile wurden exstirpirt, mit Sublimatlösung ausgespült und in 24 Tagen vollständige Heilung erzielt. *Rochelt.*

1085. ***Erfahrungen über die Verwendung des Sublimats in der Gebäranstalt der Charité.*** *Von Dr. **Sommer.** (Charité-Annalen. XIII, 1888, pag. 737. — Deutsche Med.-Zeitg. 1889, pag. 114.)*

Aus den mitgetheilten Daten ist ersichtlich, wie verhältnissmässig ungefährlich und von wie grossem Nutzen das Sublimat in der Geburtshilfe ist. Vom Mai 1884 bis December 1887 incl. sind in der Charité 5027 Wöchnerinnen mit Sublimat behandelt. Zuerst wurden Lösungen von 0·5—1000, sogar 1 : 1000 verwandt, dann 1 : 3000, im Jahre 1887 1 : 4000, jetzt werden künftighin nur Lösungen 1 : 5000, bei atonischen Nachblutungen 1 : 8000 in Verwendung kommen. Nach dem Vollbade werden auf dem Kreissbette die äusseren Geschlechtstheile und die Vagina mit 1 : 4000 Sublimatlösung ab- und ausgespült. Bei länger dauernder Geburt werden die Scheidenausspülungen alle 2—3 Stunden wiederholt. Nach der Entbindung dieselben Ausspülungen mit 2 Litern 1 : 4000. Dabei ist nur einmal eine Stomatitis beobachtet. In 453 Fällen wurden intrauterine Ausspülungen ($^1/_2$‰, dann $^1/_4$‰)



vorgenommen, dabei in 7 Fällen leichte Vergiftungserscheinungen, die in einigen Tagen verschwanden. Im Wochenbette für gewöhnlich keine Scheidenausspülungen, nur bei 1095 Wöchnerinnen war es nöthig (zu 1—1½ Liter). Dabei in 4 Fällen leichte Vergiftungserscheinungen. Ausspülungen des Uterus waren in 386 Fällen nothwendig (anfangs Lösungen 1:1000, dann 1:2000 und 1:4000). In 10 Fällen Vergiftungserscheinungen, einmal Tod. Im Ganzen also unter 5027 Wöchnerinnen 19 Intoxicationen = 0·37% und 1 Todesfall = 0·02%, dagegen Puerperalfieber bis 1879 — 3·1% (bei 995 Wöchnerinnen), 1875 — 2·5% (bei 995 Wöchnerinnen), 1886 — 0·34% (von 1468 Wöchnerinnen) und 1887 — 0·2% (von 1533 Wöchnerinnen).

1086. ***Ueber die Einrichtung von Hilfslazarethzügen.*** *Von Dr. **Port**. (München. med. Wochenschr. 1889. 14. — Centralbl. f. Chir. 1889. 41.)*

Verf. gibt einige praktische Winke, wie das für die Hilfslazarethzüge bereit gehaltene Material durch zweckmässige Improvisationen ersetzt werden kann. Sie beziehen sich vornehmlich auf das Hamburger System (Aufhängung der Bahren an Ketten am Deckenspiegel), das vor dem *Grund*'schen System (Lagerung der Bahren auf Blattfedern am Wagen) wesentliche Vorzüge hat, da letzteres dem Verwundeten in Folge der beim Fahren sich geltend machenden queren Stösse Ruheliegen unmöglich macht. Unter den empfohlenen Improvisationen sind hervorzuheben Aufhängung der Bahren an kurzen Strickschleifen, welche an, der Breite des Wagens entsprechenden, unter dessen Decke (in gabelförmig zusammengenagelten Brettstückchen) befestigten Querhölzern angebracht werden, ferner die Hemmungsvorrichtungen gegen das Schaukeln, welche, aus einem an einem Brettchen spitzwinklig aufgenagelten Ast bestehend, in entsprechender Höhe der Wagenwand und den Bahrengriffen fixirt werden etc.; auch ein leicht herstellbarer Luftfang zur Ventilation des Wagens ist angegeben.

1087. ***Zur Kenntniss der Tubengonorrhoe.*** *Von **Adolf Schmitt** in Würzburg. (Arch. f. Gyn. XXXV. Bd, Heft 1, pag. 162.)*

Die von *Noeggerath* im Jahre 1872 ausgesprochene und damals stark bestrittene Anschauung, dass die Gonorrhoe eine hervorragende Bedeutung in der Aetiologie vieler Frauenkrankheiten — der acuten, sowie chronischen Para- und Perimetritis, sowie der Salpingitis — besitze, ist heute allgemein anerkannt, wenn man auch annimmt, dass die Folgeprocesse der Gonorrhoe nicht unmittelbar auf eine gonorrhoische Entzündung, sondern auf Mischinfectionen zurückzuführen sind. Gonorrhoischer, in die Abdominalhöhle (aus den Tuben) gelangter Eiter erzeugt wohl nach *Saenger* stürmische, schwere, peritonitische Erscheinungen, doch verläuft dann weiterhin die Entzündung leicht, aber sehr langsam. Trotzdem, dass heutzutage nicht selten wegen Pyosalpinx in Folge von Gonorrhoe die Salpingotomie gemacht wird, gelang es nur *Westermark* und *Orthmann* Gonococcen im Eiter solcher Tuben zu finden und ist *Ceppi* bisher der Einzige, der in einem nach einer Gonorrhoe zu Stande gekommenen perimetritischen Exsudate Gonococcen nachwies. *Saenger* suchte gleichfalls in einem Falle von Pyosalpinx gonorrhoischer Basis, indem von *Nieberding* die Tuba exstirpirt



worden war, Gonococcen sowohl im Eiter, als in der Tubenwand. Im Eiter fand er einige solche, ob aber Gonococcen in der Mucosa der erkrankten Tuba zu finden sind, muss er dahingestellt sein lassen. Er fand wohl die Tubarmucosa in gleicher Weise zerstört, wie man die Mucosa (namentlich die Conjunctiva) bei gonorrhoischer Infection antrifft, doch sah er keine Gonococcen. Er meint, dass nur in 5 Procent der gonorrhoischen Weiber Tubenerkrankung mit Gonorrhoe eintrete. Die Weiterverbreitung der gonorrhoischen Infection über die ganze Mucosa des weiblichen Genitalapparates und die benachbarten Beckenorgane ist nicht an eine bestimmte Zeit gebunden, doch scheint dies meist in den ersten 2 Monaten zu geschehen. Die Erkrankung des Peritoneum bei gonorrhoischem Pyosalpinx scheint wahrscheinlich nur durch Uebertritt des Eiters aus der Tuba in die Peritonealhöhle zu erfolgen und nicht durch Durchdringen des Gonococcus durch die Tubenwand. Vielleicht wird das Peritoneum dadurch ergriffen, dass die entstandene Entzündung der Tubarmucosa sich durch die Tubarwand an das aussen anliegende Peritoneum fortsetzt. Ursachen des Eiteraustrittes aus der Tuba in die Peritonealhöhle sind Excesse in venero et baccho, starke Körperemotionen u. dgl. m. Da der Gonococcus bei intactem Plattenepithel nicht in das Gewebe eindringen kann, so ist das Peritoneum gegen Infection geschützt und kommt es zu einer einfachen umschriebenen Entzündung mit nachfolgenden Exsudaten, Verwachsungen u. dgl. m. Dass sich dies thatsächlich so verhält, zeigen auch jene Fälle von gonorrhoischer Salpingitis, bei denen im Verlaufe der Salpingotomie zufällig Tubeneiter in die Bauchhöhle gelangt, ein Zwischenfall, der keine grosse praktische Bedeutung besitzt. Folgt dagegen (wie man dies zuweilen bei spontanem Bersten einer Pyosalpinx sieht) dem Uebertritt des Eiters aus der Tuba in die Peritonealhöhle eine septische, rasch letal endende Peritonitis, so muss man annehmen, dass im Eiter sepsiserregende Keime nebenbei noch da waren, so dass demnach eine Mischinfection vorlag. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1088. ***Beiträge zur diagnostischen Gesichtsfeldmessung bei Neurosen.*** *Von Dr. R. v. Hösslin. Aus dem II. ärztlichen Bericht der Privatanstalt Neu-Wittelsbach. (München. med. Wochenschr. 1889. 6. — Centralbl. f. Augenhk. 1889. September.)*

Verf. schliesst sich der Ansicht *Thompson's* und *Oppenheim's* an, dass die sensorische Anästhesie, als deren constantes Symptom die beiden Autoren die concentrische Gesichtsfeldeinengung bezeichnen, nicht allein für Hysterie charakteristisch ist, sondern dass sie auch bei den verschiedensten anderen functionellen Neurosen vorkommen kann. Von den 69 zusammengestellten Beobachtungen beziehen sich 12 auf Hysterische, bei welchen constant mehr weniger bedeutende Gesichtsfeldveränderungen gefunden wurden (concentrische Einengung für Weiss und für Farben oder Verschiebung der normalen Reihenfolge der Farben), 12 andere Fälle auf Leute, die an Intestinalneurosen litten; die Gesichtsveränderungen waren hier dieselben, wie bei Hysterischen. Bei den übrigen an

Epilepsie, Neurasthenie und anderen Neurosen Erkrankten beschränkte sich die Gesichtsfeldanomalie auf Dyschromatopsie, die aber nicht constant gefunden wurde. Sectorenförmige Defecte finden sich bei diesen durch functionelle Neurosen bedingten Gesichtsfeldanomalien nicht. Ein concentrisch für Weiss oder die Farben eingeengtes Gesichtsfeld kann die Diagnose einer Neurose bedeutend unterstützen.

1089. ***Fast absolutes Glaucom bei gummöser Iritis durch Iridectomie geheilt.*** *Von Prof. J. Hirschberg. (Centralbl. f. Augenhk. 1889. September.)*

Bei einem 27jährigen Manne, der am 4. Juli zur Aufnahme kam, war 3 Wochen früher das rechte Auge unter Entzündung erblindet. 8 Tage später fand sein Arzt Iritis und verordnete, obwohl Lues geleugnet wurde, Jodkalium und Atropin. *Hirschberg* fand Iritis gummosa mit Glaucom des rechten Auges. Das Auge ist blind bis auf Lichtschein, stark gespannt (J + 2); geröthet; schmerzhaft. Oberhalb des oberen Pupillenrandes sitzt ein gelber Gummiknoten. Beiderseits von der Pupille ist die Iris buckelförmig vorgetrieben; nach unten zu etwas weniger. Die Pupille durch ein feines Häutchen verschlossen. Das linke Auge normal. Der Kranke gesteht, sich Weihnachten des vorigen Jahres inficirt zu haben. Die Iridectomie ist dringend angezeigt, sonst wird das Auge unheilbar blind. Oben ist die Regenbogenhaut so steif, dass eine regelrechte Ausschneidung kaum ausführbar scheint. Die Besudelung der Wunde mit den Syphilisträgern muss vermieden werden. Nur sehr selten ist in diesem gummösen Stadium die Iridectomie gemacht worden. Es wurde unter Cocain mit breiter Kurzlanze nach unten die Iridectomie ausgeführt. Ein steifes Irisstück (2 × 2 Mm.) wird gewonnen. Der Sphincter scheint zurückgeblieben zu sein; bei späterer Untersuchung zeigt sich übrigens, dass es nur der pigmentirte Rand des Pupillenhäutchens ist. Der Irisspalt klafft gut, der Augapfel ist entspannt. Der Schmerz ist fort, am Abend des Operationstages wird mit der Einreibungscur begonnen (dreimal täglich 2 Grm.), bei Vermeidung jeder Erschütterung. 4 Tag später war der Gummiknoten abgeflacht und nach 2 weiteren Tagen spurlos verschwunden. Fortschreitende Besserung und rasche Heilung.

O. R.

1090. ***Ueber eine eigenthümliche Form der Hornhautentzündung.*** *Von Hofrath Prof. Dr. K. Stellwag v. Carion. (Wiener klin. Wochenschr. 1889. 31. — Med.-chir. Rundschau. 1889. 891.)*

1091. ***Keratitis maculosa.*** *Von Prof. A. v. Reuss. (Wiener klin. Wochenschr. 1889. 34.)*

Seit etwa einem Jahre wird in Wien eine eigenthümliche Hornhautentzündung beobachtet, die als eine neue Erkrankungsform anzusehen ist. Nach den Beobachtungen von *Reuss* findet man in der Hornhaut gewöhnlich zahlreiche grauweisse, rundliche, nicht scharf begrenzte, sondern von einem trüben, verwaschenen Hofe umgebene Flecken von 1—1·5 Mm. Durchmesser, selten kleiner. Die einzelnen Herde stossen mit ihren Höfen aneinander, ohne zu confluiren, und liegen fast ausnahmslos oberflächlich, bilden in frischen Fällen kleine Erhabenheiten, welche später flach werden. Gefässbildung ist keine vorhanden, es tritt



nie Zerfall ein, nie Iritis hinzu. Der Beginn ist häufig der einer acuten catarrhalischen Bindehautentzündung, die aber den üblichen Mitteln nicht rasch weicht, oder sich unverträglich gegen dieselben verhält, oder auch als phlyctänuläre Conjunctivitis, seltener direct als Keratitis mit Ciliarinjection ohne Betheiligung der Conjunctiva. Der Verlauf ist ein äusserst schleppender, noch nach einem Jahre hat *Reuss* die Flecken gesehen, trotzdem die Sehschärfe normal geworden war. *v. Stellwag* beschreibt die Flecken als scharf begrenzt, in den verschiedensten Schichten liegend, aber die oberflächlichsten Schichten am meisten heimsuchend, sah Gefässneubildung und epithelialen Zerfall und in einem Falle Iritis. Am meisten differirt von ihm *Reuss* betreffs der Dauer der Krankheit: *Stellwag* sagt: der Verlauf ist ein überaus rascher und bisher immer nach 12—14 Tagen abgeschlossen gewesen. Auch *Adler* hat die Krankheit gesehen und schliesst sich, sowie *Königstein*, der in der ersten Octobersitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte einen Fall vorstellte, im Allgemeinen den Ansichten von *Reuss* an. *Fuchs* beschreibt die Krankheitsform in seinem neuen, im September erschienenen Lehrbuche als Keratitis punctata superficialis, ganz in Uebereinstimmung mit *Reuss*, und glaubt, dass sie dem Herpes febrilis corneae nahestehe, umsomehr, als seinen Beobachtungen nach der Beginn derselben häufig mit Schnupfen oder Husten, oder auch mit einem catarrhalischen Fieber, zusammenfiel. *O. R.*

Dermatologie und Syphilis.

1092. ***Ueber die Behandlung der Spätsyphilis.*** *Von* **Gowers.** *(Philadelph. Med. Times. 1889. 1. April. — Archiv f. Dermat. und Syph. 1889, pag. 606.)*

Gowers unterwirft jeden Syphilitischen wenigstens fünf Jahre lang nach dem Auftreten der letzten Symptome zweimal jährlich einer dreiwöchentlichen Behandlung, während deren er 1·25—2·0 Kali jodati täglich verabreicht. Treten Symptome auf, so wendet er bei entzündlichen Processen Hg, bei Vorhandensein von Gummata aber Kalium jodatum an. Hg gebraucht er in Form der Inunctionscur, weil dasselbe so schneller und sicherer wirkt, als bei innerlicher Anwendung. Kalium jodatum gibt er in grossen Dosen sechs, meistens zehn Wochen hindurch und hört dann auf, weil eine lang fortgesetzte Behandlung mit kleinen Dosen die Gewebe so tolerant gegen das Medicament macht, dass sie durch dasselbe nicht mehr angeregt werden, dem syphilitischen Processe zu widerstehen. Etwaige Residuen müssen durch andere Methoden beseitigt werden, sie weichen nicht der Jodbehandlung, letztere kann nur Schaden verursachen, kann aber nach einem Zwischenraume, in dem Tonica anzuwenden sind, wiederholt werden.

1093. ***Ein Beitrag zum Nachweise der Gonococcen.*** *Von Dr.* ***J. Schütz*** *in Frankfurt a. M. (Münchener med. Wochenschr. 1889. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 42.)*

Schütz empfiehlt zur isolirten Färbung der Gonococcen das folgende Verfahren: Die in der gewöhnlichen Weise vorbereiteten Deckglastrockenpräparate kommen für 5—10 Minuten in eine kalte, filtrirte, gesättigte Lösung von Methylenblau in 5%igem



Carbolwasser. Darauf werden die Präparate in Wasser abgespült, auf einen Moment (so lange es dauert als man langsam 1, 2, 3 zählt) in Essigsäurewasser (5 Tropfen Acid. acet. dilut. auf 20 Ccm. Aq. dest.) getaucht und nun sofort wieder in Wasser abgespült. Die so entfärbten Präparate, in welchen nur die Gonococcen blau geblieben, kann man nun mit einer sehr verdünnten, wässerigen Safraninlösung, die man nur ganz kurze Zeit einwirken lässt, unterfärben. Auch zu Dauerpräparaten in Canadabalsam eignet sich die Färbung.

1094. ***Zweifach Jodquecksilber und Jodkalium als intramusculäre Einspritzung.*** *Von Dr. E. Fischer. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. XXVII, pag. 79, März 1889. — Schmidt's Jahrb. 1889. 10.)*

Da nach neueren Berichten die Injectionen unlöslicher Präparate des Quecksilbers bei der Behandlung syphilitischer Krankheiten zuweilen sehr bedrohliche Erscheinungen, selbst Todesfälle zu bewirken im Stande sind, so wird man darauf bedacht sein müssen, nach unschädlicheren Injectionspräparaten zu suchen. Unter diesen scheint nach Erfahrungen in der *Schöler*'schen Augenklinik die *Martin*'sche Formel: Hydrarg. bijodat. 0·25, Kalii jodati 2·5, Aq. destill. 25·0 empfehlenswerth zu sein. Die Einspritzungen sollen unter antiseptischen Cautelen mittelst einer senkrecht in die Rückenmuskeln oder in den Glutäus eingestochenen, mindestens zolllangen Nadel erfolgen. Die Injection ruft allerdings einen heftigen Schmerz von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde Dauer hervor. Die Einspritzungen sollen jeden 2. Tag gemacht werden. Die Zahl der Einspritzungen beträgt 20—30. Ob die ganze Menge oder welcher Theil der obigen Lösung eingespritzt werden soll, wird nicht erwähnt. Irido-Chorioideiten mit Glaskörpertrübungen syphilitischen oder auch rheumatischen Ursprungs schienen ein dankbares Object für diese Methode zu sein, da die Cur ambulatorisch durchgeführt werden kann.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1095. ***Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Darmbewegungen bei herabgesetzter Körpertemperatur.*** *Von C. Lüderitz in Berlin. (Virchow's Archiv. 106. Bd. 1.)*

1096. ***Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Darmperistaltik.*** *Von C. Lüderitz in Berlin. (Virchow's Archiv. 1889. Bd. 118. 1.)*

1. Zu den schönen Arbeiten von *Braam-Houckgeest* und *Nothnagel* über Darmbewegungen sind in der letzten Zeit zwei neue Arbeiten von *Lüderitz* hinzugekommen, welche diesen interessanten Abschnitt der Darmphysiologie weiter fortsetzen. Verf. fand, dass, wenn die Körpertemperatur rasch herabgesetzt wird, die Darmbewegungen immer schwächer und langsamer werden. Sie sind jedoch selbst bei einer Abkühlung bis auf 7·60 noch in einzelnen Darmsegmenten zu sehen. Verf. ist der Ansicht, dass



diese fortschreitende Lähmung von den nervösen und musculösen Apparaten abhängt, welche in den Darmwandungen vorhanden sind. Dadurch, dass sie ihren Wärmevorrath verlieren, werden sie immer weniger erregbar. So lange noch spontane Darmbewegungen sind, ist auch die Erregbarkeit der motorischen Nervenapparate des Darmes vorhanden. Wird die Lähmung stärker, so werden die nervösen Leitungen bedeutend langsamer. 2. Es kann an jeder Stelle des Dünn- und des Dickdarms eine rasch geschehende, stärkere Füllung derselben mit an sich reizlosem Inhalt als motorischer Reiz wirken. Verf. sah in den meisten Fällen Bewegungen auftreten, die sich bis zu energischer Austreibung des Inhalts steigern konnten. Eine rasch geschehende Füllung des Darmes (Verf. trieb bei seinen Versuchen einen Ballon auf, so dass der Darm dadurch entsprechend erweitert wurde) ist an jeglichem Abschnitt desselben im Stande, peristaltische Bewegungen der gefüllten Darmstrecke auszulösen. Die Versuche des Verf. bestätigen die Annahme, dass präformirte Einrichtungen bestehen müssen, durch welche am Darm die Abwärtsbewegung des Inhalts veranlasst wird. Diese Apparate müssen in der Darmwand selbst ihren Sitz haben, da nach Abtragung der durch das Mesenterium zum Darm tretenden Nerven die aufsteigende Dehnungscontraction noch zu Stande kommt. Die unmittelbar hinter dem dehnenden Körper herlaufende und ihn abwärts treibende Constriction des Darmes ist lediglich das Product zahlreicher, von immer neuen Darmstellen aus sich wiederholenden Reizungen. Das einzelne Element dieser Welle verläuft auffallender nach oben hin. Die aufsteigende Dehnungscontraction kommt durch Einfluss nervöser Apparate zu Stande. Verf. lässt dahingestellt sein, ob die Erregung direct durch Dehnung des Gangliengeflechtes oder indirect von der Schleimhaut aus geschieht oder ob beides der Fall ist. Um den aufsteigenden Verlauf der Constriction zu erklären, nimmt Verf. an, dass der gangliöse Plexus der Darmwand, wenn er an umschriebener Stelle in Erregung versetzt wird, der von der gereizten Stelle aus im Plexus geschehenden Ausbreitung dieser Erregung geringere Widerstände in der Richtung nach dem Pylorus hin als in der anderen, id est analen Richtung entgegensetzt. Auf die Function der beiden Muskelschichten bei der Peristaltik geht Verf. nicht näher ein, weil er darüber keine näheren Untersuchungen angestellt hat, umsomehr, als das genauere Verhalten der beiden Muskelschichten bei den normalen Darmbewegungen ursächlich noch gar nicht aufgeklärt ist. Ref. macht bei dieser Gelegenheit auf die Arbeit von *Bechterew* und *Mislawski* über centrale und periphere Innervation der Därme aufmerksam (Arbeiten der Gesellschaft Kasan'scher Naturforscher, Bd. 20). Verf. fanden, dass Tonus, Rhythmik und Peristaltik der Därme von den in den Wandungen derselben befindlichen nervösen Elementen abhängt und dass es nicht richtig sei, dass der Vagus ausschliesslich erregend, der Splanchnicus ausschliesslich hemmend auf die Darmbewegungen wirkt. Der Brustsympathicus wirke nicht beständig. In der Gehirnrinde liegen Centren für Contraction und Erschlaffung des Dünn- und des Dickdarmes. Sie wirken mittelst des Vagus, des Rückenmarkes und der aus ihm entstehenden Sympathicusfasern.

v. Swiecicki.

1097. ***Die Glycogenbildung aus Kohlehydraten.*** *Von E. Voit. Aus dem physiologischen Institut zu München. (Zeitschrift für Biologie. 25, pag. 543. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 42.)*

Ein Stoffwechselversuch bei der Gans liefert den Beweis, dass das im Organismus gebildete Glycogen mindestens zum grössten Theil aus den gefütterten Kohlehydraten entstanden ist. Verf. ist aber der Ansicht, dass neben der Bildung des Glycogens aus Kohlehydraten die Entstehung aus Eiweisskörpern in ihrem vollen Rechte bestehen bleibe, da dieser Uebergang durch mehrfache Versuche sichergestellt sei. Er lässt allerdings die Möglichkeit zu, dass auch für das Eiweiss die Abspaltung von Zuckermolecülen das Bedingende für die Glycogenbildung sei, eine Annahme, für welche viele Momente, zumal die grosse Zuckerabspaltung aus dem Eiweiss nach Phloridzinfütterung, sprechen.

1098. ***Die physiologische Wirkung des Paraxanthins.*** *Von Dr. Georg Salomon. (Zeitschr. f. physiolog. Chemie. Bd. XIII, pag. 187. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 36.)*

Verf. hat die Wirkung des Paraxanthins untersucht und gefunden, dass dieser, im normalen menschlichen Urin enthaltene Körper ähnlich dem Xanthin, Coffein und Theobromin wirkt, mit welchen letzteren das Paraxanthin isomer ist. Werden Fröschen 1—2 Mgrm. Paraxanthin, mit einer Spur Aetznatron in Wasser gelöst, in die Oberschenkelmusculatur eingespritzt, so stellt sich das verletzte Bein je nach der getroffenen Muskelgruppe in Abduction, Extension oder auch rechtwinklig zur Längsaxe des Körpers. Bei kräftigen Thieren nimmt die Starre allmälig ab und tritt der normale Zustand wieder ein. Bei grösseren Dosen, 6—8 Mgr. in den Rückenlymphsack injicirt, entwickelt sich bald ein Bild allgemeiner tödtlicher Vergiftung. 5—15 Minuten nach der Injection beginnt die Beweglichkeit der Extremitäten zu schwinden und 30—40 Minuten nach der Injection lässt sich das Thier willenlos in jede beliebige Stellung bringen. Zuletzt sinkt das Thier vorn über und jede Lebensäusserung hört auf. Nichtsdestoweniger pulsirt das freigelegte Herz noch 40—50 Mal in der Minute. Ein vollständiges Erstarren der gesammten Extremitäten während des Lebens hat Verf. bei der R. esculenta nie, bei der R. temporaria hier und da gesehen. Nur die Vorderbeine werden von der Starre befallen, während die Hinterbeine weich und biegsam, wenn auch schwer beweglich bleiben. Ein einziges Mal wurde bei der R. esculenta Tetanus nach Paraxanthininjection beobachtet. Auffällig ist die frühzeitig auftretende Dyspnoe. Oft findet man bei der Obduction die Lungen enorm aufgebläht, eine Erscheinung, die bereits von *Mitscherlich* bei der Theobrominvergiftung beobachtet worden ist. Das Paraxanthin als trockenes Pulver innerlich gegeben, ist wenig wirksam, weil schwer löslich, doch gibt es auch Ausnahmen von dieser Regel. Die tödtliche Dosis des Paraxanthins ist für R. esculenta bei subcutaner Injection 0·15—0·2‰ des Körpergewichts. Warmblütern injicirt, muss die tödtliche Dosis 2—4mal grösser gewählt werden, als bei Fröschen. Paresen der Hinterbeine und bedeutende Steigerung der Reflexerregbarkeit bis zum Tetanus bilden die charakteristischen Züge der Vergiftung.



Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1099. ***Ueber die Giftigkeit der Exspirationsluft.*** *Von Dr.* ***K. B. Lehmann.*** *Vortrag in d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg. Sitzung vom 6. Juli 1889. (Allg. med. Central-Ztg. 1889. 76.)*

Die unangenehmen Empfindungen, denen man ausgesetzt ist, sobald man sich in von Menschen überfüllten Räumen aufhält, wurden vielfach auf toxische Eigenschaften der Exspirationsluft zurückgeführt, ja *Brown Séquard* und *d'Arsonval* behaupteten vor ganz kurzer Zeit durch gewisse, eigenartige Versuche die schädlichen Stoffe selbst gefunden zu haben. Es sollten organische, den Ptomainen nahestehende Substanzen sein. Diese Behauptungen erregten grosses Aufsehen, doch konnten *Dastre* und *Laye*, welche die Versuche der ersteren Forscher nachmachten, nicht zu den gleichen Resultaten wie diese kommen, während hingegen *Wurtz* wiederum sogar das betreffende Alkaloid durch Reactionen nachgewiesen haben wollte. *Lehmann* hat nun in Gemeinschaft mit seinem Assistenten *Fessen* die Frage nochmals einer Prüfung unterzogen. Zunächst wurde das Wasser der Exspirationsluft in Glasspiralen condensirt und untersucht, jedoch keine Spur eines Alkaloides in demselben gefunden. Nach Abdampfung der Condensationsflüssigkeit resultirten Spuren von Krystallen, die sich als Kalksalze erwiesen (höchst wahrscheinlich vom Glas der Spiralen herstammend). Weder mit der Condensationsflüssigkeit, noch mit dem Destillat grösserer Mengen derselben konnten giftige Wirkungen bei Thieren erzielt werden und ebenso blieben analoge Versuche beim Menschen resultatlos. *Lehmann* hält deshalb dafür, dass es mit den uns bis jetzt zu Gebote stehenden Mitteln unmöglich sei, die in der Exspirationsluft wahrscheinlich, aber in sehr geringen Mengen enthaltenen giftigen Substanzen nachzuweisen.

1100. ***Ueber den Grad der Erwerbsunfähigkeit nach Verletzung eines Auges.*** *Von Dr.* ***P. Moses.*** *Dissertation. Breslau 1889. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. September.)*

Die Frage, wie hoch der Verlust eines Auges in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit eines Individuums zu veranschlagen sei, welche im vorigen Jahre auch die Ophthalmologen der Kölner Naturforscherversammlung beschäftigte, ist vom Verf. zum Gegenstande seiner Dissertation gemacht worden. Er beantwortet dieselbe im Sinne der meisten Versicherungsgesellschaften, sowie *Becker's, Jatzow's* etc. mit $33\frac{1}{3}\%$ der vollen Rente im Falle der Intactheit des anderen Auges. Für den Fall verminderter Sehschärfe des unverletzten Auges stellt Verf. folgende Scala auf: Das eine Auge verloren, das andere besitzt: *a)* Sehschärfe $= 1-\frac{1}{3}$, der Verletzte erhält $33\frac{1}{3}\%$; *b)* Sehschärfe $< \frac{1}{3}-\frac{1}{6}$, der Verletzte erhält 40%; *c)* Sehschärfe $< \frac{1}{6}-\frac{1}{12}$, der Verletzte erhält 45%; *d)* Sehschärfe $< \frac{1}{12}-\frac{1}{50}$, der Verletzte erhält 50—60%; *e)* Sehschärfe $< \frac{1}{50}-\frac{1}{200}$, der Verletzte erhält 60—80%; *f)* Sehschärfe $< \frac{1}{200}$, der Verletzte erhält 80—100% der vollen Rente.



Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1101. *Ueber Lungenschwindsucht.*

Von Prof. Dr. F. Neelsen.

(Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 1888 bis 1889, pag. 60.)

Neelsen weist einleitend darauf hin, dass unter dem überwältigenden Eindruck der Entdeckung der bacillären Natur der Lungentuberculose Vieles, was früher durch langjährige Arbeit der Kliniker und pathologischen Anatomen gewonnen war, vergessen und vernachlässigt wird, dass namentlich dies sich in der in neueren Arbeiten vielfach vertretenen Auffassung documentire, nach welcher Lungenphthise und Lungentuberculose ohne weiters als identische Processe angesehen würden. Sehr wichtig ist es daher, klar zu legen, welche Combination so ausserordentlich differenter Processe zusammenkommen muss, damit das resultire, was die Kliniker und pathologischen Anatomen als gewöhnliche Phthise bezeichnen.

Zunächst ist hierbei als erster und wichtigster Punkt aufzustellen, dass Lungentuberculose und Lungenphthise nicht identisch, beides von einander wesentlich verschiedene Processe sind, wobei vor allen Dingen auf das Thierexperiment zu verweisen ist. Denn bis jetzt ist es selbst *Koch* nicht gelungen, mit Keimculturen des Tuberkelbacillus Phthise zu erzeugen. Das, was hier sowohl wie durch Inhalation von Staub etc. erzeugt wird, ist miliare entzündliche Infiltration an den Stellen, wo am leichtesten die inhalirten Atome haften bleiben; das sind die Stellen, wo die Endbronchiolen sich in die 3 Infundibulargänge auflösen und diese in die Lungenalveolen übergehen, wo überdies das Cylinderepithel aufhört und in das flache Epithel der Lungenalveolen übergeht. Es bilden sich in Folge der Inhalation oder Aspiration von staubförmigen Körpern die bekannten mikroskopisch in Kleeblattform sich darstellenden miliaren Infundibulärpneumonien (*Aufrecht's* Bezeichnung für Endobronchitis capillaris), die längst schon bekannten sogenannten *Lännec*'schen Tuberkel, die jedoch mit Tuberculose nichts gemein haben.

Diese Infundibulärpneumonien bilden wohl die ersten Anfänge des sogenannten Spitzencatarrhes, der die beginnende Aspirationstuberculose charakterisirt, aber sie sind noch nicht tuberculös, sondern können erzeugt werden durch jeden inspirirten beliebigen Körper, auch, wie schon erwähnt, mit Inhalation von Keimculturen von Tuberkelbacillen. Dagegen ist man im Stande, Aspirations**tuberculose** zu erzeugen durch Aspiration von zerstäubtem tuberculösen Sputum, also durch **Tuberkelbacillen mit Staub** vermischt, es scheint also der eigentliche Träger des Virus bei der durch Aspiration bedingten tuberculösen Infection der **Staub** zu sein. Der Tuberkelbacillus muss an Staub haften, um in die tiefsten Theile der Lungen zu gelangen, um hier seine specifische Wirksamkeit entfalten zu können. *Neelsen* hat bei vielen seiner zahlreichen Untersuchungen der ersten Veränderungen der Infundibulärpneumonien noch keine Lunge ge-



funden, bei welcher nicht im Centrum jedes pneumonischen Herdes eine Anhäufung von schwarzem Pigment (Staub) zu bemerken gewesen wäre. Wird nur Staub ohne Bacillen aspirirt, so bildet sich eben zelliges Exsudat, das mit dem Staube zusammen durch Wanderzellen auf dem Wege der Lymphgefässe entfernt wird; oder es bildet sich an der Stelle eine Bindegewebswucherung aus, aus der Bronchitis miliaris wird eine Peribronchitis fibrosa, und der Process ist beendet. Bei Tuberkelstaub ist es anders, die Bacillen werden aus dem primären Herd durch Wanderzellen in das intraalveolare Gebiet verschleppt und erzeugen dann in der unmittelbaren Umgebung der Infundibulärpneumonie eine Eruption miliarer Tuberkelknötchen. Durch das Wachsthum und den späteren käsigen Zerfall der Knötchen, während gleichzeitig neue in der Peripherie aufschiessen, vergrössern sich dann die ursprünglichen Kleeblattherde zu erbsengrossen oder noch grösseren central erweichten Infiltrationen, welche die Lungen gleichmässig durchsetzen, das Lungengewebe comprimiren und so die Athmung schädigen. Ueber beide Lungen gleichmässig verbreitet, finden sich diese Veränderungen nur in seltenen Fällen, wenn der virulente Staub in grossen Mengen eingeathmet wurde. Häufiger sieht man ihn als Theilerscheinung der Phthise in denjenigen Gebieten der Lunge, welche das frischeste Stadium darbieten. Die reine Aspirationstuberculose ist also keine Phthise, wir vermissen bei derselben eine für die phthisische Lunge wesentliche und charakteristische Veränderung, die Cavernen. Bei der Phthise entstehen die Cavernen zu 80 – 90% nach Art der bronchiectatischen Cavernen, durch Dilatation eines Bronchus 3. oder 4. Ordnung, tuberculöse Vorgänge kommen hierbei nicht in's Spiel. Die Geschwürsbildungen, welche in der phthisischen Lunge in Bronchien, Trachea und Larynx sich finden, brauchen durchaus nicht immer Tuberculose zu sein; die schnelle Ausbreitung von Cavernen durch acute Vereiterung oder gangränösen Zerfall der Wandung ist nicht Wirkung der Tuberkelbacillen, sondern anderer über diesen in der Lunge vegetirender Bacterienformen. Es fanden sich also genügend Cavernen ohne Tuberculose, ohne Tuberkelbacillen. Vorhandene Tuberkelbacillen arbeiten in der Lunge gemeinsam mit anderen schädigenden Momenten, und wir sehen sie nicht blos mit eitriger Zerstörung und Verschwärung der Bronchialschleimhaut, sondern auch mit pneumonischer Infiltration des Lungengewebes in Verbindung. Die Combination zwischen Tuberculose und Pneumonie ist eine doppelte: 1. eine locale. Um eine mit localer Tuberculose vergesellschaftete Infundibulärpneumonie bildet sich je nach der den Tuberkelbacillus begleitenden reizenden Staubart (Kalk, Eisen, Kohle) ein schleichender Entzündungsprocess und die Knötchen werden in mehr oder weniger festen Schwielen eingehüllt. Sind viel Bacillen da, so genügt die Schwielenbildung nicht, dieselben abzutödten, der Process schreitet, wenn auch nur langsam, vorwärts, und es finden sich über die ganze Lunge zuletzt ausgebreitete schwielig tuberculöse Pneumonien mit eingesprengten, oft verkalkten Käseherden, was namentlich bei alten Leuten mit Anthracose nicht selten ist. Ist der Tuberkelbacillus jedoch mit anderem, Entzündungserreger enthaltenden Staub gemischt, so sieht man in der



Umgebung des kleeblattförmigen Herdes eine desquamative oder eiterige Pneumonie sich entwickeln, es fanden sich nicht Schwielen, sondern weiches, ödematöses, graurothes, resp. eiterig infiltrirtes Gewebe. 2. eine allgemeine; es bildet sich hier, wo neben dem Tuberkelbacillus Entzündungserreger mitwirken, eine lobäre, käsige Pneumonie, wie sie so häufig eine oft noch wenig vorgeschrittene Phthise abschliesst. Hierher gehört auch die gewöhnliche Kinderphthise, die sich im Anschluss an Verkäsung der Bronchialdrüsen entwickelt. Verkäste Lymphdrüsen können den Tuberkelbacillus Jahre lang conserviren, endlich finden einmal gelegentlich von Masern etc. Eitererreger ihren Weg zu den verkästen Drüsen, so gerathen sie in acute Entzündung, Schmelzung; der Eiter bricht in die Lunge und der obengenannte Process ist eingeleitet. *Neelsen* vermuthet, dass die Tuberkelbacillen, wie so viele andere Bacterien, ein chemisches, diffundirbares Gift produciren, welches die schnelle Coagulationsnecrose des in die Alveolen ergossenen Exsudates, die Verkäsung bedingt. Welche Entzündungserreger sich mit den Tuberkelbacillen vergesellschaften müssen, damit eine käsige Pneumonie resultire, lässt sich nicht für alle Fälle bestimmt sagen, vielfach sind es die *Fränkel*'schen Pneumoniecoccen. 3. können Eiter- oder Entzündungserreger die Lunge zuerst treffen, und später erst Tuberkelbacillen dazukommen; hierher mögen die sogenannten traumatischen Phthisen zählen. In der Mehrzahl der Fälle wird aber, wie *Ziemssen* sagt, die Phthise nur manifest durch das Trauma, die Masern, den Typhus etc.; sie hat aber schon früher bestanden.

Hinsichtlich der Aetiologie schliesst sich *Neelsen* der von *Cornet* (Zeitschr. für Hygiene. Bd. 5) vertretenen Ansicht an, dass die Lungenphthise stets eine Folge von Staubinhalation sei. Eine besondere Prädisposition der Lungenspitzen für miliare Tuberculose in Folge von Infection des Blutes durch käsige Infiltrate in Lymphdrüsen, Knochen, Genitalien etc. erkennt *Neelsen* entgegen *Orth*, *Ponfick* (metastatische Phthise) auf Grund seiner genauen Untersuchungen nicht an. Der Annahme *Koch's* und seiner Schüler, dass es keine besondere Disposition bei den Menschen für Tuberculose gäbe, und dass ein Jeder — mit oder ohne erhebliche Belastung, — wenn er Tuberkelbacillen an geeigneter Stelle in seinen Körper aufnimmt, mit Sicherheit tuberculös wird, schliesst sich *Neelsen* vollinhaltlich an, dagegen nimmt er eine Disposition für Phthise, d. h. für die durch inhalirten (resp. tuberkelbacillenhaltigen) Staub bedingte Infundibulärpneumonie an, eine Disposition, die begründet ist durch den bekannten phthisischen Habitus, jener Thoraxform, bei welcher aus mechanischen Gründen der respiratorische Luftwechsel in den Lungenspitzen vermindert ist, durch den eigenthümlichen, individuell etwas verschiedenen Bau des Bronchialbaumes beim Menschen, auf dessen Unterschied von dem der zur Lungentuberculose wenig disponirten Thiere zuerst *Schottelius* aufmerksam machte, und ferner durch die verschieden kräftige Entwicklung und Function des Flimmerepithels, dessen Mangelhaftigkeit bei schwächlichen oder geschwächten Menschen das Haftenbleiben infectiösen Staubes zweifellos erleichtert. Die Entdeckung des Tuberkelbacillus ist demnach für die Frage der

Disposition zur Phthise unwichtig. Viele Phthisiker werden während der Dauer ihrer Krankheit geradezu weniger empfänglich für den Tuberkelbacillus als gesunde Menschen; denn acute Miliartuberculose kommt bei Leuten, welche Monate und Jahre schon an Phthisis leiden, sehr selten vor; es scheint, als wenn hier, obwohl für das Zustandekommen der acuten Miliartuberculose in der phthisischen Lunge die anatomischen Bedingungen oft genug vorhanden sind und doch genug Gelegenheit für die Bacillen in's Blut zu kommen besteht, durch die langdauernde Ansiedlung derselben in der Lunge ihre Entwicklung im übrigen Körper nicht erleichtert, sondern erschwert werde.

Für Phthisische ergibt sich nun, dass namentlich das Sputum das todbringende Gift ist, indem es theils in andere Lungenpartien aspirirt wird und hier neue Infectionsherde hervorruft, theils verschluckt wird und die Darmwandung inficirt, Darmtuberculose hervorruft. Es ist also sehr wichtig, jeden Phthisiker dringend vor dem Verschlucken der Sputa zu warnen und ferner auch vor Athmung stauberfüllter Luft, indem dieselbe immer wieder neue Infundibularpneumonie hervorruft und so den phthisisch-tuberculösen Process ausbreitet. — Bekanntlich sind dies auch schon seit unendlich langer Zeit die wichtigsten Punkte, welche von den Phthisio-Therapeuten bei der Behandlung der Lungenphthise und Lungentuberculose zu Grunde gelegt werden und durch welche sie neben entsprechender Ernährung und Kräftigung des Körpers, sowie hygienischen Massregeln etc. oft Heilung in den Anfangsstadien und Besserung in den vorgeschrittenen Stadien der hier fraglichen phthisischen und phthisisch-tuberculösen Processe erzielen. *Knauthe.*

Literatur.

1102. ***Der Hypnotismus.*** *Von Dr.* ***A. Moll*** *in Berlin. Berlin, Fischer, 1889.*

Ganz kurze Zeit, nachdem die classischen Arbeiten von *Bernheim* und *Forel* über Hypnotismus und Suggestion in diesen Blättern besprochen wurden, liegt uns ein drittes ebenbürtiges Werk vom Berliner Arzt *A. Moll* vor, welches dasselbe Thema in sehr gründlicher Weise behandelt. Es ist ein zweifelloser Vorzug dieses Buches, dass sein Verfasser bei Abfassung desselben jeder Tendenz oder Parteinahme fernestand, dem schwierigen und schon so umfangreich gewordenen Thema durch gründliches Studium zu Leibe ging und dann als gewiegter Kenner seine Erfahrungen und Studien in Form dieses Buches niederlegte. Der eben genannte Umstand und die lehrreichen Bemerkungen über die mannigfaltigen Beziehungen des Hypnotismus zu den verschiedenen Wissenschaften, endlich die Betonung seiner eingreifenden Bedeutung für das sociale Leben lassen das *Moll*'sche Buch als eine sehr beachtenswerthe Bereicherung der medicinischen Literatur erscheinen. Sehr lobend hervorzuheben ist auch die Thatsache, dass der Autor die gesammte, schon recht vielsprachige Fachliteratur nahezu erschöpfend berücksichtigt hat, was seiner Arbeit fast den Werth eines Handbuches verleiht, dessen Benützung noch durch ausführliche Literaturverzeichnisse erleichtert wird. Ohne näher auf den Inhalt eingehen zu können, will der Referent nur



erwähnen, dass derselbe in 9 Abschnitte zerfällt, und zwar: 1. Geschichtliches, 2. Allgemeines, 3. Symptomatologie, 4. Theoretisches, 5. Simulationsfrage, 6. Verwandte Zustände, 7. Medicinisches, 8. Forensisches und 9. Thierischer Magnetismus. Da der Styl des Verf.'s ein ebenso klarer als bescheidener ist, sei sein schönes Werk nicht nur den Aerzten als höchst anregende und belehrende Lectüre empfohlen, sondern auch dem gebildeten Laien aller Stände, der sich für diesen hochwichtigen, immer imposantere Dimensionen annehmenden Gegenstand interessirt.

v. Buschman.

1103. ***Kurzes Lehrbuch der Analyse des Harns.*** *Von Dr.* ***C. Schotten****, Assistent am physiologischen Institut, Docent an der Universität zu Wien. Mit 30 Abbildungen. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. VII und 185 S. gr. 8°.*

Das vorliegende Lehrbuch hält Alles, was der Titel verspricht, ja noch mehr, es erschöpft sein Thema trotz der Bezeichnung „kurzes" so vollkommen, dass nicht nur der Anfänger in demselben eine sichere Anleitung für die Ausführung der Harnuntersuchungen findet, sondern dass auch der auf wissenschaftlicher Grundlage gebildete Kliniker einen Leitfaden erhält, in welchem er den derzeitigen Stand dieser wichtigen Doctrin und deren Verwerthung in der wissenschaftlichen Medicin in übersichtlicher Darstellung geschildert findet. Die Reactionen der einzelnen Körper, die Isolirungsmethoden derselben, die Bedeutung derselben für die Semiotik der verschiedenen Krankheiten ist klar und mit kritischer Auswahl des reichen Stoffes mitgetheilt. Möge die tüchtige Arbeit die wohlverdiente Verbreitung finden. *Loebisch.*

1104. ***Ein Menschenalter Militärarzt.*** *Erinnerung eines k. k. Militärarztes. Herausgegeben von Dr.* ***W. Derblich****, k. k. Oberstabsarzt i. R. I. Theil. Hannover 1889. Helwing'sche Verlagsbuchhandlung.*

Der als militärärztlicher Schriftsteller berühmte Verfasser schildert seine eigenen Erlebnisse als Militärarzt in der österreichischen Armee. Diese sind sowohl wegen der Beobachtungsgabe des Erzählers, wegen seiner Wahrheitstreue, wegen des historischen Hintergrundes, auf dem sich die Erlebnisse abspielen, wegen der sicheren Zeichnung der jeweiligen Stellung des Militärarztes in der k. k. Armee und schliesslich wegen des ausgesprochenen Erzähler-Talentes des Verfassers von allgemeinem Interesse für jeden Freund der Memoiren-Literatur, insbesondere aber für die k. k. Militärärzte. Letztere werden in den Erfahrungen und Erlebnissen des Verfassers viele ihrer eigenen wiederfinden und werden sich freuen, dass Manches zum Ausdrucke gelangt, was seinerzeit unter den damals herrschenden Verhältnissen besser in Schweigen gehüllt wurde. Der vorliegende Theil umfasst die Erlebnisse des Verfassers von dessen Eintritt in die Armee im Jahre 1849 bis zum Jahre 1855, in welchem Jahre Verfasser als Arzt des österreichischen Observationscorps in den Donaufürstenthümern nach 6jähriger Dienstzeit zum Regimentsarzt avancirte. Hoffen wir, dass die Mittheilung der weiteren Erlebnisse des Verfassers nicht lange auf sich warten lässt. *Loebisch.*

1105. ***Medicinischer Taschen-Kalender für das Jahr 1890.*** *Herausgegeben von den DDr.* ***Jaenicke, Leppmann, Partsch.*** *Sammt Beiheft:* ***Vorschriften für die Krankenkost.*** *Herausgegeben von Dr.* ***A. Jaenicke.*** *Breslau, Verlag von Preuss & Jünger, 1890.*

Vorliegender Kalender erscheint nunmehr als III. Jahrgang in Rücksicht auf die Bedürfnisse des Praktikers sorgfältig umgearbeitet und



mit neuen Zusätzen versehen. Bei den Bädern und Sanatorien sind die Neubegründungen und Aenderungen beachtet worden. Die Anweisung zum Desinfectionsverfahren bei Volkskrankheiten ist nach dem preussischen Regulativ angenommen. „Die Anleitung zur Abfassung von Attesten", ferner „die den Arzt interessirenden Bestimmungen über Impfung" sind für den Praktiker recht brauchbare Artikel. Die im Beiheft von Dr. *A. Jaenicke* mitgetheilten „Vorschriften für die Krankenkost" sind so recht passend für ein Brevier des Arztes, dass es uns nicht klar ist, warum dieser Artikel in einem „Beiheft" und nicht im Kalender selbst erschienen ist. —*r.*

1106. ***Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten*** *für Aerzte und Sudirende. Von Dr. Ludwig Hirt, Prof. an der Universität Breslau. Mit zahlreichen Holzschnitten. Zweite Hälfte (Bogen 17—36). Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1890.*

Das vor Jahresfrist begonnene Werk des Prof. *Hirt* hat mit der nun vorliegenden zweiten Hälfte seinen Abschluss gefunden. In dieser bilden die „Krankheiten des Rückenmarkes" und die „Krankheiten des Nervensystemes" den Gegenstand der Darstellung. Abgesehen von der klinischen Behandlung des reichen Materiales, d. i. die Schilderung der Krankheitsprocesse als anatomische und functionelle Störung, deren Diagnose und Therapie, welche der Verf. in einer sehr übersichtlichen Form durchführt, finden sich die Eigenthümlichkeiten des Werkes in der vom Verf. vorgenommenen Eintheilung des Stoffes, nach welcher die Krankheiten des Hirns von denen des Rückenmarks getrennt betrachtet werden, während die peripheren Nerven, sowohl des Hirns, wie die des Rückenmarkes in toto ihre Erledigung finden. Namentlich werden die motorischen und sensiblen Störungen der Nerven nicht getrennt behandelt, sondern nach einander, wie es die anatomische Lagerung bedingt, wodurch eine gewiss wünschenswerthe Uebersichtlichkeit, die sowohl dem Lernenden als dem erfahrenen Praktiker zu Gute kommt, erreicht wird. Die als 1. Abschnitt der Krankheiten des Gesammtnervensystems eingereihten „functionellen Neurosen" sondert der Verf. in zwei Gruppen: 1. Neurosen, welche ohne wesentliche Betheiligung des Gesammtorganismus zu verlaufen pflegen. Als solche werden angeführt: Chorea, Tetanie und Paralysis agitans. 2. Neurosen welche mit mehr oder weniger schwerer Betheiligung des Gesammtorganismus zu verlaufen pflegen. Als solche werden geschildert: Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie und Hystero-Epilepsie. In diesem letzteren Capitel findet Verf. Gelegenheit, seine Ansichten über Hypnotismus und Suggestivtherapie darzulegen. Als einen Kunstgriff, dessen sich Verf. häufig und erfolgreich bediente, um die Hypnose mit Sicherheit herbeizuführen, gibt er das Folgende an: Es wird dem Kranken eine grosse, gebogene, mit Schwamm überzogene Elektrode (Anode) auf die Stirn und eine zweite in den Nacken gelegt, die Kette geschlossen und ein ganz schwacher constanter Strom, der gerade ausreicht, um den charakteristischen Geschmack auf der Zunge hervorzurufen, einwirken gelassen, um ihn dann unbemerkt zu öffnen, wobei dem Kranken erklärt wird, dass der elektrische Strom, der durch das Hirn geht, ihn einschläfern werde. Dies bewirkt der „suggerirte" Strom thatsächlich in kürzester Zeit und zuverlässig. Ein sorgfältiges Sachregister, besonders aber die sehr zahlreichen Illustationen, theils nach eigenen Beobachtungen des Verfassers, theils nach *Charcot, Eichhorst*, *Gowers*, *Hirschfeld* u. A. erhöhen die Brauchbarkeit des sorgfältig ausgestatteten Werkes. —*m.*



Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1167. ***Ueber „Augenblicksdiagnosen" in der Nervenpathologie.*** *Von Prof. Dr. W. Erb in Heidelberg. Nach dem Vortrag, der für die Section für innere Medicin der 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte angemeldet, aber wegen der für die grosse Zahl der angemeldeten Vorträge nicht ausreichenden Zeit nicht gehalten wurde. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 42.)*

Unter „Augenblicksdiagnosen" verstehe ich nur diejenigen Diagnosen, die man auf Grund einzelner, bestimmter, pathognostischer Symptome sofort mit grosser Sicherheit stellen kann. Es gehört also einerseits die genaue Kenntniss dieser einzelnen Symptome, andererseits eine gewisse Erfahrung und rasche Auffassungsgabe dazu, um solche Augenblicksdiagnosen richtig und sicher zu stellen. Es ist durchaus nicht genau das, was man unter „praktischem Blick" versteht. Unter „praktischem Blick" verstehen wir die auf angeborener Anlage beruhende, durch gereifte Erfahrung entwickelte und gesteigerte Fähigkeit, in schwierigen, dunklen, verwickelten Krankheitsfällen auf der richtigen Spur zu bleiben, das Wesentliche zu erkennen oder zu ahnen, das Heilsame für den Kranken zu thun. Natürlich wird der Besitzer des praktischen Blicks sich auch bei den „Augenblicksdiagnosen" im Vortheil befinden gegenüber dem, welchen die Natur in dieser Beziehung stiefmütterlich bedacht hat; aber der praktische Blick ist nicht gerade das, was bei der Augenblicksdiagnose am wichtigten ist; er ist vielmehr von besonderem Werth in denjenigen Fällen, in welchen es sich nicht um diese raschen, nicht um ganz sichere Diagnosen handelt, wo es vielmehr nach eingehender Untersuchung, nach langem Ueberlegen nicht möglich ist, eine sichere Diagnose zu stellen; wo Zweifel zurückbleiben, aus welchen nur der richtige Tact des gereiften, vielerfahrenen Arztes den richtigen Ausweg findet. Auf dem grossen Gebiete der Nervenkrankheiten ist die Schnelle und Sicherheit der Diagnose eine ausserordentlich verschiedene: ein grosser Theil derselben ist nur sehr schwer und oft erst nach längerer Beobachtung zu erkennen; andere dagegen sind sehr leicht und rasch, sozusagen auf den ersten Blick zu diagnosticiren. Aber bei diesen letzteren ist doch wieder ein grosser Unterschied zu machen: es gibt da viele Krankheiten, wo freilich die Hauptstörung auf den ersten Blick leicht zu erkennen ist, ohne dass dann sofort schon die ganze Diagnose fertig wäre; um dieselbe zu einer erschöpfenden zu machen, muss oft noch recht eingehend untersucht werden, so z. B. bei vielen Lähmungen, bei Atrophien, bei Ataxie, bei Epilepsie, Hysterie u. s. w.; andere aber, wo man in der That mit einem Blick die ganze Diagnose machen kann, und dann nur noch weniger Controlfragen oder einer kurzen Untersuchung bedarf, um über die ganze Sachlage im Klaren zu sein. Das sind eben diejenigen Krankheitsformen, für welche es einzelne pathognostische Symptome gibt. Natürlich ist eine scharfe Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen nicht zu machen; von einer und derselben Krankheitsform kann es Fälle geben, die zur ersten, und andere, die zur zweiten Gruppe gehören; ich erinnere an die multiple Sclerose, die Tabes, gewisse Muskelatrophien, die Hysterie u. s. w. Aus der letzten Gruppe nun lassen Sie mich einige Krankheiten herausgreifen und genauer charakterisiren! Ich übergehe dabei altes und längst Bekanntes, wie z. B. die Augenmuskellähmungen, die Facialis- und Bleilähmung, gewisse Neuralgien, verschiedene Krampfformen, Chorea minor, Hemiatrophia

facialis, die Compressionsmyelitis und Anderes. Nur über eine der wichtigsten und häufigsten Nervenkrankheiten, die Tabes dorsalis, kann ich mir nicht versagen, einige Worte einzuschalten, da merkwürdiger Weise das Leiden selbst heute noch nicht selten diagnostischen Irrthümern unterliegt, d. h. weniger da, wo es vorhanden, verkannt, als vielmehr da, wo es nicht vorhanden, fälschlich angenommen wird: so bei Leuten mit Myelitis, spastischer Paralyse, multipler Sclerose, selbst mit Muskelatrophien, Neuritis u. s. w. Die Tabes gehört heute zu den am leichtesten erkennbaren Krankheiten (einzelne unklare Fälle ausgenommen); sie ist häufig auf den ersten Blick zu erkennen: tritt der Kranke mit den ersten leichten Spuren von Ataxie in Gang und Haltung in's Zimmer, hören Sie von ihm Klagen über blitzähnliche Schmerzen, über Doppelsehen, Schwäche, Ermüdung und Parästhesien der Beine, Blasen- und Geschlechtsschwäche, so genügt ein Blick auf seine Augen, die Myose und reflectorische Pupillenstarre zeigen, es genügt der Nachweis des Schwankens beim Augenschluss und das Fehlen der Patellarreflexe, um die Diagnose im Augenblicke zu stellen (natürlich eine weitere, vervollständigende Untersuchung vorbehalten); wo Sie jedoch gesteigerte Sehnenreflexe, spastische Symptome, ausgesprochene Lähmung und Atrophie oder dergleichen finden, da ist in der Regel von Tabes keine Rede.

Und nun zu Weiterem! Zunächst zu der Paralysis agitans oder *Parkinson*'schen Krankheit. Die eigenthümlich gebückte, steife, leicht in die Knie gesunkene Haltung der Kranken, die charakteristische „Schreibstellung" der Hände, der ernste starre Gesichtsausdruck, der schlürfende Gang, geben zusammen mit dem typischen, kleinwelligen, an gewisse Beschäftigungen (Spinnen, Pillendrehen oder dergl.) erinnernden Zittern ein höchst charakteristisches Bild. Es gibt auch Fälle, in welchen das Zittern zeitweise ganz fehlt und wo doch schon aus dem Gesichtsausdruck, der Haltung, dem Gang der Kranken, die Diagnose sofort gestellt werden kann, ohne dass man auch nur eine Frage an die Kranken richtet. Hier ist ein junger Arbeiter oder ein junges Mädchen: Sie hören, dass dieselben ab und zu von schmerzhaften Krämpfen in den Händen, vielleicht auch in den Füssen befallen werden, die längere Zeit in tonischer Form andauern, häufig wiederkehren, fahren Sie mit Ihren Fingerspitzen oder mit einem Bleistift, oder mit dem Stiel des Percussionshammers mit raschem Strich über das Gesicht senkrecht hinab von der Schläfe bis zum Unterkiefer: tritt dabei eine kurze, blitzähnliche Zuckung in dem ganzen getroffenen Facialisgebiet ein, so können Sie getrost Tetanie diagnosticiren! Sie werden diese Diagnose noch sicherer haben, wenn Sie einige Nervenstämme der oberen Extremität beklopfen und aus den auftretenden lebhaften Zuckungen eine gesteigerte mechanische Erregbarkeit derselben erkennen. Hören Sie, ebenfalls bei einem jugendlichen Individuum, Klagen über eine gewisse Schwäche und Steifheit der Bewegungen, Erschwerung derselben, besonders im Beginn, manchmal plötzliches Hinstürzen bei einem Schreck oder bei unerwartetem Anstossen mit dem Fuss, so lassen Sie sich von dem Kranken kräftig die Hand drücken — er wird die Ihrige nicht sofort wieder loslassen können, seine Hand wird einige Zeit in einer nur langsam zu überwindenden steifen Stellung stehen bleiben. Dann klopfen Sie ihm mit dem Percussionshammer auf den entblössten Musc. deltoideus, oder auf die kleinen Handmuskeln, den Biceps brachii oder Vastus internus oder Gastrocnemius — es wird überall eine energische, träge, viele Secunden lang nachdauernde Contraction (Dellen- und Furchenbildung) entstehen: das ist die *Thomsen*-



sche **Krankheit**, die **Myotonia congenita.** Vervollständigen Sie das Bild durch die faradische und galvanische Untersuchung: die Nerven zeigen normale Erregbarkeit, aber die Muskeln eine gesteigerte und qualitativ veränderte, träge, tonische Contraction bei Reizung mit gewöhnlichen faradischen Strömen oder unter jedem Pole des galvanischen Stroms bei der Schliessung, mit exquisiter Dellen-, Furchen- oder Wulstbildung an dem betroffenen Muskel und besonders mit langer Nachdauer der Contraction — das ist die typische, pathognostische „myotonische Reaction“ (MyR). Ausser dieser und der myotonischen Bewegungsstörung werden Sie an den Kranken absolut nichts finden, als höchstens eine athletische Musculatur, die in einem schreienden Gegensatz zu ihrer zeitweiligen motorischen Hilflosigkeit steht.

Nicht minder leicht haben Sie es gewöhnlich mit der *Basedow*'schen **Krankheit**: die bekannte Symptomentrias — Exophthalmus, pulsirende Struma und Herzpalpitationen — ist so charakteristisch, dass das Leiden daran sofort erkannt werden kann. Aber es gibt auch Fälle, die nicht so offen daliegen , wo der Exophthalmus fehlt, die Struma schwach entwickelt ist u. s. w.: hier werden Sie aus der Herzpalpitation, den Pulsfrequenzen bis 120, 160 und darüber ohne greifbare Herzveränderungen, der Auscultation der pulsirenden Struma, weiterhin aber noch aus dem grossen Schwächegefühl, dem Zittern und der Gliederunruhe, der Neigung zu Schweissen, Schwindel, Schlaflosigkeit etc. und — wenn Sie die nöthigen Hilfsmittel zur Untersuchung besitzen — aus dem verminderten elektrischen Leitungswiderstand der Haut auch diese unvollständigen „unentwickelten“ Formen der *Basedow*'schen Krankheit erkennen können. Wird Ihnen ein Kind zugeführt, das angeblich nicht recht gehen kann, zunehmend schwächer wird, leicht hinfällt und sich nur mühsam vom Boden wieder aufrichtet, so lassen Sie es entkleiden und sehen es genauer an: es hat einen eigenthümlich watschelnden „steigenden“ Gang, eine auffallende Lordose der Lendengegend; wenn Sie es auf den Boden setzen, so erhebt es sich nur schwer und nur so, dass es in der bekannten Weise an den eigenen Beinen „emporklettert“. Sie sehen, dass es auffallend dünne Oberschenkel und relativ voluminöse Waden, dass es dünne Oberarme bei relativ gut genährten Deltoideis und Vorderarm hat, dass die Schulterblätter abnorme Stellungen zeigen, abstehen, herabgesunken sind; versuchen Sie, das Kind unter den Armen in die Höhe zu heben, sofort steigen die Schultern bis zu den Ohren empor, der Kopf sinkt ganz zwischen die Schultern, und Sie haben Mühe, das Kind auf diese Weise zu heben, was bei gesunden Kindern doch so leicht gelingt; es hat die Fähigkeit verloren, die Schultern nach unten zu fixiren: das ist die **Dystrophia muscularis progressiva.** Sie können das so rasch gewonnene Bild leicht präcisiren und vervollständigen durch den Nachweis der Lähmung und Atrophie gewisser Muskeln, der wahren oder falschen Hypertrophie anderer Muskeln durch den Nachweis des Freibleibens der kleinen Handmuskeln, des Fehlens fibrillärer Contractionen, der schwachen Sehnenreflexe, der einfach herabgesetzten faradischen Erregbarkeit. Weiterhin können auch die einzelnen **Formen** dieser Krankheit meist auf den ersten Blick erkannt werden: die **pseudohypertrophische** Form an der mächtigen Volumzunahme der motorisch ganz schwachen Muskeln; die **juvenile** an dem schwereren Befallensein der obereren Körperhälfte, dem Vorwiegen der Atrophie und an der relativ späteren Entwicklung des Leidens, die **infantile** *(Duchenne)* endlich an der frühzeitigen Betheiligung des Gesichts.



Ein ganz anderes, aber ebenfalls meist im Augenblick voll und scharf zu erfassendes Krankheitsbild bietet die spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta), die auch noch sehr häufig irrthümlichen Diagnosen unterliegt. Sie haben ein Kind vor sich, bei welchem eine oder mehrere Extremitäten eine vollständig schlaffe atrophische Lähmung zeigen, wo aber einzelne Muskeln oder Muskelgruppen in auffallender Weise frei sind, wo sich Deformitäten entwickeln u. s. w. Sie hören, dass die Sphincteren frei sind, dass die Sache ganz acut entstanden ist, Sie überzeugen sich rasch durch Kitzeln oder leichtes Kneifen der Haut, dass die Sensibilität nicht erheblich gestört ist, Sie weisen sofort das Fehlen der Sehnenreflexe in den gelähmten Muskelgebieten nach, und Sie werden die Diagnose dann sicher haben und sie höchstens noch durch den Nachweis der Entartungsreaction completiren können.

Von anderen Krankheiten, die häufig, wenn auch nicht immer, augenblicklich erkannt werden können, will ich nicht eingehender sprechen, da ich damit nur Bekanntes wiederholen müsste; ich erinnere nur an die multiple Sclerose, die in einer Reihe von Fällen rasch und leicht erkannt werden kann an dem Intentionszittern der Hände, an dem Schütteln des ganzen Körpers beim Erheben vom Sitzen und beim Gehen, an der scandirenden Sprache, dem Nystagmus, der spastischen Parese der Beine und an den anamnestischen Angaben über Kopfschmerz, Schwindel, Blasenschwäche, Parästhesien etc.;

an die progressive Bulbärparalyse mit ihrer typischen articulatorischen Sprachstörung, der näselnden Stimme, den dünnen schwerbeweglichen Lippen, der Unfähigkeit, die atrophische, von fibrillären Zuckungen beständig bewegte Zunge hervorzustrecken, mit ihrer Erschwerung des Kauens und Schluckens, der Areflexie des Rachens u. s. w.;

an die ihr nahe verwandte amyotrophische Lateralsclerose, bei welcher die Combination von atrophischer Parese bei lebhaften Sehnenreflexen an den oberen Extremitäten, mit spastischer Parese der unteren, und endlich mit beginnender progressiver Bulbärparalyse ein so charakteristisches Bild gibt, dass es nur einer kurzen Prüfung der Sensibilität, der trophischen Hautverhältnisse u. s. w. bedarf, um die manchmal sehr ähnlich aussehenden Krankheitsformen anderer Art (Syringomyelie, Tumoren am Halsmark, Pachymeningitis cervical. hypertroph.) mit Sicherheit auszuschliessen;

und endlich, um dies Gebiet nur ganz flüchtig zu streifen, will ich noch an die in ihren Anfängen leider noch so häufig verkannte Dementia paralytica erinnern. Wie oft ist es hier möglich, das unheilbare Leiden an den Kranken zu erkennen, die kaum das Zimmer des Arztes betreten haben: an der paralytischen Sprachstörung (Silbenstolpern, Zittern der Lippen und der Zunge etc.), an der Pupillendifferenz, am Zittern der Hände, an der überraschenden Euphorie, welche die Kranken zur Schau tragen, selbst wenn sie nicht deutlichen Grössenwahn haben! Aber in allen diesen letztgenannten Fällen ist es doch immer gerathen, der „Augenblicksdiagnose“ eine genauere Untersuchung auf dem Fusse folgen zu lassen, da nicht selten trügerische Krankheitsbilder zur Beobachtung kommen.

Berichtigung.

Im Referate 1031, S. 806 d. Z. heisst es statt Dr. Rennert: Dr. Renvers; ferner im selben Referate statt Lavage-Apparat: Gavage Apparat.



Kleine Mittheilungen.

1008. ***Carbolsäurevergiftung bei einem Kinde.*** *Von Dr.* **Meltzer.** *(Med. Monatsschr. New-York 1889. April. — Centralbl. f. Chirurg. 1889. 41.)*

Vier Tage nach einer rituellen Circumcision bei einem 9 Tage alten Kinde wurden wegen nicht regelmässiger Heilung der Wunde Umschläge mit einer 4proc. Carbollösung alle 2 Stunden verordnet. Tod nach 3 Tagen, nachdem starke Cyanose im Gesicht und an den sichtbaren Schleimhäuten und tintenfarbiger Urin aufgetreten war. Wieder ein Beweis dafür, wie schlecht kleine Kinder selbst sehr geringe Mengen von Carbolsäure vertragen.

1109. ***Notiz, betreffend das reducirte Hämoglobin.*** *Von* **L. Hermann.** *Aus dem physiol. Institut zu Königsberg i. Pr. (Arch. f. d. ges. Physiol. XLIII, pag. 235. — Schmidt's Jahrb. 1889. 10.)*

Der zwischen den *Fraunhofer*'schen Linien D und E liegende verwaschene Absorptionsstreif dieses Körpers besteht genauer betrachtet aus zwei Streifen. An der dem Roth näher liegenden Seite desselben hört nämlich die Absorption nicht einfach allmälig auf, sondern man sieht hier einen sehr schmalen Streifen, welcher von dem breiten Hauptstreifen durch einen schmalen, helleren Zwischenraum getrennt ist.

1110. ***Zur Elektrolyse der Uterus-Fibrome.*** *Von* **A. F. Peck** *in Tien-Tsin, China. (Annals of Surgery. Vol. VIII, pag. 383—385. — Centralbl. f. Chir. 1889. 40.)*

In Chicago wurde Verf. vor etlichen Jahren von einer 38jähr. Frau wegen heftigen Uterusblutungen consultirt. Die Untersuchung führte zur Diagnose eines intramuralen Myoms der vorderen Uteruswand. Der Versuch, eine Heilung durch Elektrolyse herbeizuführen — die beiden als Pole dienenden Platinnadeln wurden von der Vagina aus etwa 2—3 Cm. weit in die Uteruswand vorgeschoben — und die Wiederholung dieser Operation nach etwa 8 Wochen hatte einen ausgezeichneten Erfolg. Das Myom bildete sich zurück, die Menstruation wurde regelmässig und normal, so dass die Pat. sich jahrelang vollkommen wohl fühlte.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Hirt, Prof. Dr. Ludwig, an der Universität Breslau. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende. Mit zahlreichen Holzschnitten. II. Hälfte. Wien und Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, 1890.

Medicinischer Taschen-Kalender für das Jahr 1890. Herausgegeben von den *Dr. Dr. Jaenicke, Leppmann, Partsch.* Mit Beiheft: Vorschriften für die Krankenkost. Herausgegeben von *Dr. A. Jaenicke* in Breslau. Breslau, Verlag von Preuss u. Jünger, 1890.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.



Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1111. ***Demonstration von tuberculösen Drüsenschwellungen und Impfungen von Tuberkelbacillen bei Hunden.*** *Von **Cornet** in Reichenhall. (Centralbl. für Chirurgie. 1889.)*

Wenngleich im Congress für Chirurgen vorgetragen, so ist das besprochene Thema nicht minder und vielleicht besonders dem inneren Arzte von grösstem Interesse. Es handelt sich darum, die Eintrittsstellen der Bacillen aufzufinden, um gerade hierin prophylactisch vorgehen zu können. Die Einathmung der Bacillen, das wissen wir bereits, bedingt zu allermeist die Entstehung der Tuberculose im Körper. Es war zu erforschen, wie bei Scrophulose die Drüsen entstehen. 1. In den unteren Conjunctivalsack Sputum oder Reincultur von Tuberkelbacillen ohne Verletzung gebracht, zeigt später die Conjunctiva, nur hyperplastisch oder injicirt, die Halsdrüsen der entsprechenden Seite vergrössert, theilweise verkäst, bacillenhaltig. 2. Tuberculöses Sputum, resp. Bacillencultur mittelst Taubenfeder in die Nasenhöhle ohne Verletzung eingebracht, zeigt die Halsdrüsen derselben Seite vergrössert, verkäst. 3. Reincultur oder Sputum zwischen die beiden Schneidezähne gebracht, ergibt die Unterkieferdrüsen geschwellt und verkäst. 4. Dieselben Massen in's Ohr gebracht, haben Verkäsung und Vergrösserung der Drüsen hinter dem Ohre und am Halse zur Folge. 5. Die Haut an der einen Wange mit tuberculöser Masse eingerieben, ergibt ein serpiginöses, lupusähnliches Geschwür und überall entsprechend die Drüsen vergrössert und verkäst. 6. Wird die Vagina mit tuberculöser Masse eingerieben, so sind die Inguinaldrüsen geschwellt und käsig, besonders wenn der Penis mit tuberculöser Masse eingerieben war! Dieselbe Procedur am Fusse ergibt Schwellungen etc. wieder an der Seite der Impfungen. Die Lungen zeigten sich nur in 8 Ausnahmen betheiligt. Nur die Einathmung afficirte direct die Lungen. Es ergibt sich, dass Schleimhäute, auch ohne verletzt zu sein, Tuberkelbacillen durchlassen und dass aus dem Drüsenbefund die Eingangsstelle gefunden werden kann. *Hausmann,* Meran.

1112. ***Ein wenig bekanntes differential-diagnostisches Merkmal zwischen Carcinoma und Ulcus ventriculi.*** *Von Prof. Dr. **Rommelaere** in Brüssel. (Wien. med. Blätter. 1889. 34.)*

Für die Diagnose Carcinom sprechen gewöhnlich das vorgerückte Alter der Patienten, die Localisation des Schmerzes im



Epigastrium, die Intervalle zwischen Einfuhr der Nahrung und dem Erbrechen, die eigenthümliche schwärzliche Färbung bei Hämatemesis, die Anwesenheit eines Tumors oder einer Induration im Epigastrium, endlich die eigenthümliche Cachexie. Andererseits findet man, dass die Patienten, welche an Magengeschwüren leiden, gewöhnlich noch im besten Alter stehen, dass der Schmerz gegen die Wirbelsäule ausstrahlt, das Erbrechen fast unmittelbar nach dem Essen erfolgt; das erbrochene Blut ist schon hellroth gefärbt; Induration und Cachexie fehlen, während der Fortschritt der Krankheit ein langsamer ist; dieselbe zeigt zeitweilig auffallende Remissionen. Nun gibt es aber genug Fälle von Carcinom oder Ulcus des Magens, bei welchen einige dieser Merkmale fehlen oder Symptome beider Art vereint vorkommen, so dass immer nach neuen Zeichen gesucht wird, welche der einen oder der anderen Affection ausschliesslich zukommen. So hat *Trosier* im J. 1886 angegeben, dass man bei Cancer des Magens stets die Subclaviculardrüsen infiltirt findet, und *Hayem* im darauffolgenden Jahre, dass bei Carcinom die weissen Blutkörperchen weit über die Norm vermehrt seien; in neuerer Zeit legte man viel Werth auf die vollständige Abwesenheit der Salzsäure im Magensaft bei Carcinoma ventriculi. Während nun alle diese Anzeichen sich nicht als sichere Beweise behaupten konnten, hat Prof. *Rommelaere* nach vielfachen Untersuchungen die Ansicht ausgesprochen, dass bei allen malignen Tumoren, wo immer auch ihr Sitz wäre, die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure allmälig abnehme, bis sie nur mehr 0·12 Grm. in 24 Stunden betrage. Diese Ansicht wurde von *Raurier* („Gazette hebdomadaire“) bestätigt, der diese Verminderung der Harnsäure für den characteristischen diagnostischen Behelf erklärt, und in der That konnte er in einer Reihe von Fällen, gestützt auf diesen Befund, die Diagnose auf Carcinom stellen, die durch die Section bestätigt wurde. Die Reduction der Harnsäureausscheidung kann allerdings eigentlich nur als Ausdruck der herabgesetzten Ernährung der Carcinomkranken angesehen werden. Man kann daher nicht annehmen, dass das bezeichnete Symptom schon in den früheren Stadien der Carcinomatose zur Beobachtung gelangen könne, sondern erst, nachdem die Assimilation ernstlich gestört erscheint. Man sollte auch meinen, dass dieses Symptom der verminderten Harnsäureausscheidung auch bei manchen Fällen von Magengeschwüren vorhanden sein könnte, wenn nicht ein anderer Grund, als der oben bezeichnete, Veranlassung dieses Symptoms wäre.

1113. ***Ueber den Nachweis der Beweglichkeit pleuritischer Exsudate beim Lagewechsel.*** *Von Dr.* ***Strauch.*** *Aus der med. Klinik des Prof.* ***Ebstein.*** *(Virchow's Archiv. Bd. CXVI. Hft. 3. Centralbl. f. klin. Med. 1889. 43.)*

Nach einer Darstellung des bis jetzt noch herrschenden Widerspruchs der verschiedensten Autoren in Bezug auf die Verschieblichkeit der Dämpfung freier pleuritischer Exsudate macht Verf. auf eine Fehlerquelle aufmerksam, welche bei allen bisherigen Untersuchungen über dieses theoretisch und praktisch wichtige Kapitel der Diagnostik übersehen worden ist. Dieselbe beruht auf der Vernachlässigung der Thatsache, dass die Thorax-



wand, welche durch ihre Schwingungen den Lungenschall — gleichviel, wo er seine Bildungsstätte hat — erheblich beeinflusst durch aufgelegte Gegenstände eine Dämpfung des Schalles erfährt, die eine Strecke weit von der dämpfenden Ursache noch eine bedeutende Wirkung entfaltet. Die bisherigen Untersuchungen über die Verschieblichkeit der Exsudate sind nun meist so geführt worden, dass die Seitenflächen des Thorax beim Sitzen und Liegen percutirt wurden. Leicht lässt es sich nun beweisen, dass auch der gesunde Thorax durch Aufliegen auf den Kissen in der Seitenfläche stets eine Dämpfung erfährt (die sich durch eine untergelegte luftgefüllte Blase wieder beseitigen lässt). Sie tritt um so deutlicher ein, wenn nicht die reine Rückenlage eingenommen wird, sondern wenn, was meist geschieht, der Thorax auf die eine (kranke) Seite, dabei etwas gedreht wird. Aber auch eine zweite Methode, die Rückwärtsneigung des Kranken, von der sitzenden Lage über das Bett hin in eine horizontale Lage, ohne Auflegen auf die Kissen und Untersuchung des Rückens erzeugt Fehlerquellen, indem die zur kräftigen Untersuchung breit aufgelegten Hände als Dämpfer weithin wirken. Zugleich wirkt auch die Nähe der Kissen und endlich die Unmöglichkeit, kräftig zu percutiren, schallvermindernd. Am wenigsten wird eine dritte Methode, die Percussion der Vorderfläche des Thorax beim Sitzen und Liegen durch den Lagewechsel beeinflusst; doch da viele Exsudate vorn keine Dämpfung erzeugen und die Leber beim Sitzen auch bei dem Gesunden eine stärkere Dämpfung durch Empordrängen seitens der Bauchmusculatur erzeugt (vielleicht auch durch Drehung um eine frontale Achse, wodurch die nach hinten gesunkene Convexität mehr nach vorn kommt, Ref. *Rosin* [Breslau]), so ist auch diese Methode nicht zu empfehlen. Verf. empfiehlt daher, den Kranken einmal in sitzender Stellung und dann in der Bauchlage, ohne Erhöhung des Kopfes zu untersuchen und die obere Dämpfung zu bestimmen. Ueber die mit dieser Methode gewonnenen Resultate wird Verf. berichten; bisher hat er nur wenige Fälle untersucht (20) und in einem Falle eine auffallende Verschieblichkeit constatiren können.

1114. ***Charakterveränderungen des Menschen in Folge von Läsionen des Stirnhirns.*** *Von Dr.* ***Welt.*** *(Deutsches Archiv f. klin. Med. 42. Bd. Heft 4. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 43.)*

Auf Grund eigener Beobachtungen und unter Benutzung des in der Literatur zerstreuten Materials zeigt *Welt*, dass bei Verletzungen des Stirnhirnes bei Mangel aller sonstigen Erscheinungen häufig genug Charakterveränderungen eintreten, welche mit der Läsion im Zusammenhange stehen. Die Zeit des Eintrittes, Dauer und Art der Charakterveränderung ist eine verschiedene. In allen Beobachtungen, mit Ausnahme einer, die zweifelhaft bleibt, war die orbitale Fläche des Hirns ergriffen, zweimal erste bis dritte Windung, dreimal erste und zweite, dreimal die erste Windung allein. In allen acht Beobachtungen, wo Obductionsberichte vorliegen, war allemal der der Medianlinie naheliegende Theil der Orbitalwindungen ergriffen, nämlich immer die erste Stirnwindung. Die genauere Localisation will

Welt in die Rinde der ersten oder der der Medianlinie naheliegenden Windungen der orbitalen Fläche, eher des rechten, als des linken Stirnlappens verlegt wissen. Zu weiteren Untersuchungen soll diese dankenswerthe Zusammenstellung anregen. Es stimmen diese Beobachtungen mit den Thierexperimenten von *Goltz*, *Ferrier*, *Lusanna* überein. Hunde, denen das Stirnhirn entfernt ist, zeigen keine Lähmungserscheinungen, keine Sensibilitätsstörungen, doch häufig ändert sich der Charakter. Sie werden reizbarer, rauflustiger, unverträglich, laufen unruhig, ungeduldig, ruhelos umher, und die Intelligenz zeigt sich abgeschwächt. Aehnliches fand *Ferrier* bei Affen, *Lusanna* bei Hunden und Tauben.

1115. ***Ueber die bei der multiplen Herdsclerose vorkommende Amblyopie.*** *Von **W. Uhthoff.** Vortrag in der med. Gesellschaft vom 1. Mai 1889. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 23. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 41.)*

Nach einem historischen Ueberblick berichtet Verf. über eigene, an 100 Patienten mit multipler Herdsclerose angestellte Beobachtungen. In 45% der Fälle waren ophthalmoskopische Veränderungen, welche zu dem Allgemeinleiden in Beziehung gesetzt werden mussten, nicht nachweisbar, und in weiteren 5 Fällen waren bei ophthalmoskopisch normalem Befund Sehstörungen vorhanden, die auf Opticusveränderungen schliessen liessen. (Bei Tabes beträgt die Zahl der Sehnervenatrophien 18%). Am häufigsten liess sich partielle oder unvollständige atrophische Verfärbung der Sehnervenpapille nachweisen, ausgesprochene Atrophia n. optici nur 3 Mal, das Bild der Neuritis bot sich 5 Mal. Diese Veränderungen wurden bald ein- bald doppelseitig beobachtet. In 6 Fällen, welche zur Autopsie kamen, wurden die N. optici anatomisch untersucht, davon 5 Mal mit positivem Erfolg. In einem dieser 5 Fälle hatten keine Sehstörungen stattgefunden und war auch das ophthalmoskopische Bild normal gewesen, während der anatomische Befund ausgedehnte sclerotische Veränderungen besonders in den intracraniellen Abschnitten der Opticusbahn ergab. Aus allen Fällen ergab es sich, dass aus den Sehstörungen und aus dem ophthalmoskopischen Bilde weder auf den Sitz noch auf die Ausdehnung der Herde im N. opticus geschlossen werden kann. In den Fällen, wo die centrale Sehschärfe herabgesetzt war, fanden sich meist auch Gesichtsfeldbeschränkungen: 1 Mal nur regelmässige, functionelle, concentrische Gesichtsfeldbeschränkung; häufiger war sie unregelmässig peripher und am häufigsten fanden sich centrale meist relative Scotome. Völlige Erblindung, auf deren Seltenheit bei multipler Herdsclerose schon früher, besonders von *Charcot*, aufmerksam gemacht worden ist, bestand nur in einem Falle. Relativ häufig kamen Schwankungen und auch erhebliche Besserungen der Sehstörungen zur Beobachtung. Beginn und Verlauf der Augenerkrankung waren sehr verschieden: ganz plötzlich oder sehr allmälig. Aus dem ophthalmoskopischen Befund konnte durchaus nicht auf Seh- und Gesichtsfeldstörungen geschlossen werden; oft ergab sich völlige Incorrespondenz. Bezüglich differentialdiagnostisch wichtiger Momente im Gegensatz zur Tabes wäre hinzuweisen: auf den ophthalmoskopischen Befund; auf den Umstand, dass derselbe den nachweisbaren Sehstörungen nicht entspricht; auf die ab-

weichenden Gesichtsfelddefecte. Das oft einseitige Auftreten der centralen Scotome schützt vor Verwechslung mit retrobulbärer Neuritis (Intoxications-Amblyopie). Zu erwähnen ist noch, dass das Krankenmaterial aus der Charité und Prof. *Schoeler's* Augenklinik stammt.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1116. ***Ueber die physiologische und klinische Wirkung des schwefelsauren Sparteïn.*** *Von Dr. Anton Gluzinski. (Deutsches Archiv für klin. Med. 1889, Bd. 44, pag. 122 ff.)*

In der Klinik von Prof. *Korczynski* und experimentell an Thieren im physiologischen Institut von Prof. *Cybulski* unternahm *Gluzinski* eine Reihe von Beobachtungen, resp. Experimenten und kam zu Schlüssen, welche folgendermassen zusammengefasst werden: Das Sparteïn übt offenbaren Einfluss auf den Kreislauf aus, deutlicher bei Kaltblütern als Säugethieren, bei ersteren deutlicher nach directer Application auf den Herzmuskel selbst als nach intravenöser oder subcutaner Injection. Die Haupterscheinung bildet die Verlangsamung der Herzthätigkeit, zum Theil Steigen des Blutdruckes, was bei successiver Steigerung der Dosen 3 Stadien der Wirkung ergiebt. Im ersten und dritten Stadium tritt Retardation deutlich auf, im zweiten Stadium ist sie am schwächsten, und statt ihrer ist manchmal Pulsbeschleunigung. Die N. vagi werden (1. Stadium) empfindlicher auf Reize, später sinkt die Erregbarkeit langsam und constant. Die Muskeln verlieren unter Einfluss des Sparteïns an Erregbarkeit, gewinnen aber an Energie (1. und 2. Stadium), welche im 3. Stadium wieder sinkt. Die Hemmungscentren im Herz werden durch Sparteïn gelähmt, die motorischen peripheren Nerven bleiben wahrscheinlich unbeeinflusst, das Rückenmark ergibt aber zuerst Steigerung, dann Sinken der Reflexe. Endlich erfolgt der Tod nach Sparteïn durch Asphyxie in Folge Beeinflussung des verlängerten Markes und Lähmung der Athmungsmuskeln. Klinisch fand *Gluzinski*, dass das Sparteïnum sulfuricum unstreitbar einen günstigen Einfluss bei nicht compensirten Herzfehlern ausübt; es hebt sich rasch nach der Darreichung der Puls und namentlich tritt Besserung des subjectiven Befindens ein. Die Raschheit der Wirkung ist die wichtigste Eigenheit des Sparteïns, die Wirkung ist aber schwächer als die der Digitalis. Die Arythmie wurde in den beobachteten Fällen nicht gehoben. Demnach empfiehlt sich Sparteïn, wenn gefahrdrohende oder sehr beschwerliche Symptome bei incompensirten Herzfehlern drängen, also als Hilfsmittel für die gleichzeitig verordnete Digitalis; ferner, wenn Digitalis wirkungslos bleibt, vielleicht bei Angina pectoris. Wirklich kleine Dosen (0·02—0·05) Spart. sulfur. stellen die gestörte Compensation leichter her als grössere.

Hausmann, Meran.



1117. ***Vergleich der eigenthümlichen Wirkung des Antipyrins, Phenacetins und Antifebrins bei der Angina.*** *Von Dr.* ***Jorissiene*** *in Lüttich. (Les nouveaux Remèdes. 1889. 20.)*

Verf. hält das Antipyrin für äusserst wirksam, nicht nur bei der entzündlichen Angina, sondern auch bei der herpetischen Form und selbst bei der scarlatinösen. Kaum in's Blut übergegangen bewirkt es erleichtertes Schlingen. Abnahme der Schmerzempfindungen. *Jorissiene* wendet im Beginn der Erkrankung Dosen von 1·25—1·50 an, welche er in Intervallen von 2—3 Stunden 2—3 mal des Tages verabfolgt. Hierauf werden die Gaben verringert oder zumeist ganz ausgesetzt. Mit dem Phenacetin konnte Verf. ein derartiges Zurückgehen der Rachenaffection nicht erreichen, wenn auch das Fieber unterdrückt wurde. Auch das Antifebrin versagte in den bezüglichen Versuchen und es musste immer zum Antipyrin gegriffen werden, um eine Analgesie des Rachenraumes herbeizuführen. Bei kleinen Kindern werden 50 Cgrm. Antipyrin 2mal des Tages verabfolgt; bei 6jährigen 60—75 Cgrm. Nach den Erfahrungen von *Jorissiene* liegt hier eine ganz specifische Wirkung des Antipyrins vor, welche eine Abortivcur der entzündlichen und specifischen Angina ermöglicht.

Loebisch.

1118. ***Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit Darminfusion von Tanninlösung.*** *Von Dr.* ***Backhaus.*** *(Deutsch. med Wochenschr. 1889. 2. — Centralbl. f. d. gesammte Therapie. 1889. XI.)*

In der Klinik des Prof. *Mosler* in Greifswald werden seit Jahren verschiedene Erkrankungen des Intestinaltractes mittelst Darminfusion grösserer Mengen Wassers, in dem ein Antisepticum gelöst ist, behandelt. Bei der Darminfusion kommt neben der Wirkung des Desinfectionsmittels auch noch die mechanische Wirkung des Wassers in Betracht, durch welche die in Zersetzung begriffenen Darmcontenta, die im Darm irritirend auf die Schleimhaut wirken, nach Aussen geschafft werden. Auch beim Typhus abdominalis hat man versucht, eine Desinfection des Darmes herbeizuführen, entweder durch innerliche Darreichung von Antisepticis (z. B. Naphthalin) oder durch Application derselben per anum. Die directe Veranlassung für die Versuche mit Tannin boten die günstigen Erfolge, welche *Cantani* mit der Infusion von Tanninlösung bei der Cholera asiatica erzielt hat. Von den drei Indicationen, welche Cantani als leitende Momente für die Anwendung der Tanninlösung bei der Cholera asiatica aufstellt, nämlich: 1. Beschränkung der Bacillenvermehrung im Darmcanal, 2. Unschädlichmachung des chemischen Choleragiftes (der Ptomaïne), 3. Behebung der Bluteindickung durch neue Wasserzufuhr, kommen die beiden ersten in gleicher Weise für den Typhus abdominalis in Betracht, während an die Stelle der dritten die mechanische Reinigung des Darmcanals durch die Ausspülung tritt. Die Dosis, in der das Acidum tannicum gegeben wurde, betrug anfangs 2 Grm. auf 2 Liter Wasser, später bis zu 10 Grm. auf das gleiche Quantum Wasser, und zwar wurde zweimal täglich eine Infusion gegeben und das Wasser vorher auf Körpertemperatur oder etwas darüber erwärmt. Die Lage, in welcher die Infusion am zweckmässigsten applicirt

wird, ist die Rückenlage. Sie ist der Knie-Ellbogenlage vorzuziehen, weil sie die ohnehin schon erschöpften Patienten bei weitem nicht so anstrengt als die letztere, und sie ist auch zweckmässiger als die Seitenlage, weil die Erfahrung gezeigt hat, dass bei der Rückenlage das Wasser leichter und in grösserer Menge einfliesst als bei der Seitenlage. Es ist wichtig, dass die Infusion nicht unter zu hohem Druck applicirt wird, sondern dass man die Flüssigkeit langsam und mit Unterbrechungen einfliessen lässt, weil durch dieses Verfahren eine zu schnelle und plötzliche Ausdehnung des Darmes, welche auf reflectorischem Wege leicht Erbrechen hervorruft, vermieden wird. Ferner dringt die Flüssigkeit weiter vor und wird vom Darm desto länger bewahrt, je langsamer sie einfliesst. Verf. führt 6 auf diese Weise behandelte Fälle an, aus welchen zunächst hervorgeht, dass die Darminfusionen von Tanninlösung auf den Gang der Fiebercurve keinen Einfluss haben, dass also das Acidum tannicum kein Specificum gegen den Abdominaltyphus ist. Andererseits aber wird der Verlauf des Krankheitsprocesses, insbesondere mit Rücksicht auf die Symptome des Darmcanals, unter der Tannintherapie ein milder. Die profusen Durchfälle, an denen die Typhuskranken meist zu leiden pflegen, verschwinden gänzlich oder werden wesentlich beschränkt. In einem Falle, bei welchem im Anfang der Krankheit schwere nervöse Erscheinungen auftraten, dauerten dieselben so lange, als Tannininfusion von schwacher Concentration gegeben wurden, und sie verschwanden sofort als die Concentration der Infusion um das Fünffache erhöht wurde. Endlich hat die Behandlung des Abdominaltyphus mit Darminfusionen auch noch eine nicht zu unterschätzende hygienische Bedeutung, indem nämlich regelmässige Stuhlentleerungen herbeigeführt werden, ist es möglich, die Dejectionen stets sofort unschädlich zu machen und den Kranken möglichst rein zu halten.

1119. ***Therapeutische Studie über Hysterionica Baylahuen.*** *Von* ***G. Baillé.*** *(Bullet. génér. de thérap. 28. Februar 1889. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 37.)*

Aehnlich wie bei der ihr nahe stehenden Species der Grindelia robusta, sind alle Theile obiger Pflanze mit einer harzigen, gelben, specifisch riechenden Exsudation bedeckt, welche die Wasserverdunstung der auf ganz trockenem heissen Boden wachsenden Pflanze zu verhüten bestimmt ist. Die Pflanze wurde in zwei Arzneiformen zu therapeutischen Versuchen angewandt: 1. Als Infusion (1 : 150), 2. als alkoholische Tinctur (1 : 5). Die alkoholische Tinctur bewirkte, zu 20 Tropfen in einem schleimigen Vehikel gegeben, bei chronischen Bronchitiden Verminderung, sowie leichtere Lösbarkeit des Secretes, welches ausserdem seinen unangenehmen, durch Zersetzungen bedingten Geruch nach mehrtägiger Medication verlor. In Form der Infusion erwies sich die Drogue als ausgezeichnetes Antidiarrhoicum, als welches sie bereits von *Cervello* in ihrer Heimat Chili benutzt und empfohlen war; besonders lobt Verf. die Wirkung bei den Diarrhöen der Phthisiker. Bei Cystitiden nahm der üble Geruch und die Trübung der Urine ab und ihre Reaction wurde wieder sauer. Auch auf entblösste Wundflächen applicirte Verf. die alkoholische Tinctur in Watte



imprägnirt; das sich abscheidende Harz bildete eine schützende, antiseptische Decke, ähnlich wie Collodium. Die zweckmässigste Form der Ordination für die interne Anwendung ist nach Verf. die Infusion der Pflanze (1 : 150).

1120. ***Ueber die Wirkung des Chloralamid und dessen Werth als Schlafmittel.*** *Von **Otto Halász**. Aus der medicinischen Abtheilung des Prof. Drasche im allgemeinen Krankenhause in Wien. (Wien. med. Wochenschr. 1889. 37 u. 38).*

Die Versuche, welche Verf. an Hunden ausführte, ergaben, dass die Circulation durch das Chloralamid nicht schädlich beeinflusst wird. Künstliche Verdauungsversuche zeigten, dass nach Einnahme von Choralamid die Verdauung merklich verzögert wird. Bei 31 Kranken wurde das Mittel zu 2—3 Grm. theils in Pulverform in Oblaten mit Nachtrinken von Wein, theils in Wein gelöst oder nach folgender Formel verabreicht:

Rp. *Choralamid.* *2·0—3·0*
Aqu. destill. *120·0*
Acid. mur. dil. gtts. *IV.*
Syr. rub. Id. *15·0*
DS. Abends zu nehmen.

Die Krankheiten, bei welchen das Mittel klinisch angewendet wurde, betrafen Herzfehler, Phthise, Neuralgien, Bronchitiden, Emphysem, Rückenmarkskrankheiten, Magenaffectionen, Schwächezustände, Alkoholismus etc. Verf. fasst seine bisherigen Erfahrungen dahin zusammen: Das Cloralamid ist ein gutes, jedoch nicht absolut sicher wirkendes Schlafmittel; die schlafmachende Dosis beträgt in den allermeisten Fällen 2—3 Grm. Es wirkt nur selten in Fällen, wo die Schlaflosigkeit durch Husten oder Schmerz bedingt ist; das Chloralamid wirkt daher weder schmerznoch hustenlindernd. Es übt keinen schädlichen Einfluss auf das Herz und die Circulation aus und kann deshalb unbesorgt bei Herzfehlern, Schwächezuständen und Arhythmie des Herzens gegeben werden. Das Chloralamid ist nicht frei von allen Nachwirkungen, indem in vielen Fällen Kopfschmerz, in manchen auch Schwindel, Mattigkeit, Trockenheit im Halse auftritt. Schwerere Störungen dagegen sind nicht beobachtet worden. Auf die Verdauungsorgane wirkte es bei einzelnen Personen nachtheilig ein, indem es hier und da Erbrechen erregte. Weder eine cumulative Wirkung noch eine Angewöhnung an das Mittel wurde beobachtet.

1121. ***Formeln älterer und neuerer Mittel gegen Schlaflosigkeit.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1889, 31.)*

Rp. *Amylenhydrat 7·0,*
Aqu. destill. 60·0,
Extr. Liquir. 10·0.
M. D. S. Abends vor dem Schlafengehen die Hälfte zu nehmen.
Mering.

Rp. *Amylenhydr.* *5·0,*
Mucil. Gumm. arab. *20·0,*
Aqu. destill. *50·0.*
M. D. S. Zum Klystier. *Scharschmidt.*



Rp. *Amylenhydrat* *2·0— 4·0,*
Vin. rubri *30·0—40·0,*
Sacch. alb. *5·0—10·0.*
M. D. S. Auf einmal zu nehmen. *Jolly.*

Rp. *Amylenhydrat* *7·0,*
Aqu. destill. vel Menth. piper *40·0,*
Syr. Rub. id. *30·0,*
Ol. Menth. pip. gutt. *1.*
M. D. S. Abends die Hälfte zu nehmen. *Gürtler.*

Rp. *Cannabin tannic.* *1·0,*
Sacch. alb. *2·0.*
M. f. pulv. Div. in *part aequ. IV.* S. Abends vor dem Schlafengehen 1—2 Pulver.

Rp. *Extr. Cannab. ind.,*
Herb. Cann ind. pulv. aa 3·0 (!)
M. f. pil. 50.
Consp. Lycopod.
4 Pillen auf einmal zu nehmen. *Fronmüller.*

Rp. *Chloralamid 2·0—3·0,*
D. t. d. No. V.
In Oblaten oder in Wein. 1 Pulver zu reichen.
Strümpell-Hagen. Hüfler, Riegel-Reichmann.

Rp. *Chloral. hydr.* *5·0,*
Aqu. destill. *10·0.*
M. D. S. 1 Theelöffel in 1 Glas Bier, Wein oder Limonade.
Liebreich.

Rp. *Chloral. hydrat.* *3·0,*
Kalii bromat. *5·0,*
Aqu. destill. *100·0,*
Syr. Aurant. *50·0.*
M. D. S. Den dritten Theil Abends auf einmal zu nehmen.

Rp. *Chloral. hydrat.* *4·0,*
Aqu. destill.
Syr. Cort. Aur. aa 40·0.
M. D. S. 1—2 Essl. (Essl. — 1·0).

Rp. *Chloral. hydrat.* *6·0,*
Mucil. Salep. *150·0,*
Syr. Rub. Idaei *30·0.*
M. D. S. Abends 1—2 Essl. (— 0·5—1·0).

Rp. *Chloroformii* *2·5,*
subige cum
Syr. Sacch. *100 0.*
D. S. Stark umgeschüttelt stündl. 1 Theelöffel. (Bei Agrypnia senilis, wo Opium contraindicirt.) *Dorrault.*



Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

1122. ***Zur Behandlung der Pleura-Empyeme.*** *Gesellschaft der Charité-Aerzte zu Berlin. (Berliner klin. Wochenschr. 31.)*

In der Discussion eines von *Leyden* vorgetragenen Falles, bei welchem es zu einer Senkung des Empyems in das retroperitoneale Gewebe und nach einer Incision zu spontaner Ausheilung kam, spricht sich *Fraentzel* dahin aus, es sei bei Empyemen stets eine Punction vorherzuschicken, bevor man sich zu einem anderen operativen Eingriffe entschliesst. Er selbst habe zwar bei Erwachsenen nie eine Heilung durch Punction beobachtet, doch entstehe nach derselben eine bedeutende Verkleinerung der Empyemhöhle, indem durch Wiederausdehnung der Lunge und Verlöthung der nun aneinander liegenden Pleurablätter der Wundraum vermindert werde. Er perhorrescirt den Schnitt in Fällen, in welchen vorauszusehen ist, dass die Thoraxwunde sich nicht mehr schliesst und spricht sich nur sehr reservirt über die Operation des Empyems bei Tuberculösen aus; er gebe zwar zu, dass einzelne solche Kranke nach der Operation am Leben geblieben seien, doch seien diese grosse Ausnahmsfälle; der Zustand derselben sei ein beklagenswerther und ihre Lebensdauer eine sehr kurze. (Ref. kann auf Grund zahlreicher Erfahrungen diesem Ausspruche *Fraentzel's* nicht beipflichten, Fisteln bleiben bei diesen Kranken allerdings häufiger zurück, als bei anderen Empyemen, weil die Lunge nicht mehr so ausdehnungsfähig wird, aber das Leben, und zwar in einem ganz erträglichen Zustande, blieb solchen Operirten in vielen Fällen durch Jahre erhalten.) Auch *Ewald*, der sich an der Discussion betheiligt, bemerkt, es sei nicht einzusehen, warum bei Phthisikern die Resultate besonders schlechte sein sollten. Er spricht sich für eine möglichst rasche Operation bei allen Empyemen aus. *Stricker* führt an, dass durch Trepanation der Rippen die Knickung des Schlauches vermieden werde. *Leyden* gibt in seinem Schlussworte seine Meinung dahin ab, dass putride Exsudate nicht immer, wie von *Falkenheim* angenommen wurde, von der Lunge, resp. einer Erkrankung derselben ausgehen müssten; es kommen auch aus anderen Theilen, so aus dem Abdomen, durch eine Perforationsöffnung etc. Fäulnissbacterien in die Lunge und Pleura. Er hält die Prognose putrider Exsudate nicht für ungünstig. Er spricht sich schliesslich für die operative Behandlung aus und hält die Aspirationsbehandlung für ein sehr zweckmässiges Verfahren.

Rochelt.

1123. ***Oesophagotomie und Pleuraschnitt wegen eines Fremdkörpers.*** *Von Dr. G. Fischer, Hannover.*

Einem 50jährigen Oberförster blieb ein kleines Knochenstück im Halse stecken. Ein Arzt führte eine Schwammsonde ein, entdeckte indess keinen Fremdkörper. Nach 14 Tagen Schluckbeschwerden, stinkende Sputa, an der linken Seite des Halses, neben und abwärts vom Schildknorpel eine diffuse schmerzhafte Schwellung. Oesophagotomie, Ernährung durch die Oesophagusfistel. Der Auswurf blieb fötid, es trat Lähmung des linken Stimmbandes auf und unter Fiebererscheinungen Dämpfung über der ganzen rechten Brusthälfte, crepitirende Rhonchi. Eine Probe-

punction im neunten Intercostalraume entleerte dickes, fötides Exsudat. Eröffnung der Pleurahöhle mit Rippenresection. Tod durch Collaps. Bei der Obduction zeigten sich im Unterlappen der rechten Lunge mehrere gangränöse Herde. Der Fremdkörper wurde nicht gefunden. Es war somit in diesem Falle aus einer Perforationsstelle des Rachens nach zwei verschiedenen Richtungen hin, im Zellgewebe des Halses und in der rechten Lunge ein septischer Process entstanden. *Rochelt.*

1124. ***Heilung eines Darmverschlusses ohne Operation.*** *Von* ***Behrens.*** *(Deutsche Med.-Ztg. 1889. 78.)*

Die klinische Erfahrung liefert wenige Beweise von spontaner Heilung bei acuter Darmincarceration. Dies veranlasst Verf. folgenden Fall seiner Behandlung mitzutheilen: Die Patientin, eine 61jährige Frau, leidet seit ca. 8 Jahren an Diabetes mellitus geringeren Grades. Im April d. J. trug die Frau ein mit Wasser gefülltes Gefäss eilig aus der Wohnstube nach dem Vorsaal. Beim Herabsetzen des Gefässes auf den Fussboden machte sie eine schnelle Bückbewegung, die momentan von einem stichartigen Schmerze im rechten Hypochondrium begleitet war. Da der Schmerz nicht nachliess, sah sich die Kranke genöthigt, das Bett aufzusuchen. Noch im Verlaufe der nächstfolgenden Nacht stellte sich Uebelkeit ein mit Neigung zum Erbrechen; Stuhlgang war seit dem Unglücksfall nicht mehr eingetreten. Die Kranke fühlte sich sehr elend, Abführmittel blieben ohne Erfolg, ebenso Klystiere, denen Ol. Ricin. und Honig zugesetzt wurden. In der zweiten Nacht trat heftiges Erbrechen ein unter unausgesetzten Schmerzen im Unterleibe; Kalomel mit Opium wirkungslos. Die erbrochenen Massen zeigten fäcalen Geruch. Verf. annehmend, dass durch Verdrehung einer Darmschlinge in irgend einer Weise Darmverschluss hervorgerufen sei, drang in die Angehörigen, sich zu einem möglichst schnellen operativen Eingriff zu entschliessen. Da jedoch Pat. eine Operation verweigerte, entfernte sich Verf., nachdem er noch einmal Calomel mit Opium in einer anderen Zusammensetzung verordnet hatte. Nach etwa 5 Stunden wurde er wieder gerufen, und man berichtete ihm mit grosser Freude, dass soeben nach dem zweiten Pulver wässeriger, sehr übelriechender Stuhlgang abgegangen sei und dass die Kranke grosse Erleichterung fühle. In der That besserte sich der elende Zustand gleichmässig fortschreitend; Erbrechen hört mit Eintritt des Stuhlganges auf, ebenso die Schmerzen. Die Aetiologie dieses Falles lässt wohl kaum eine andere Diagnose als Darmverschluss in Folge Verdrehung einer Darmschlinge zu und doch sehen wir spontane Heilung. Ob nun die Heilung durch irgend eine Bewegung, die die Pat. im Bett gemacht hat, herbeigeführt ist, oder ob Opium mit Calomel irgendwie zur Hebung der Krankheit beigetragen hat, lässt Verf. dahingestellt. *O. R.*

1125. ***Der Magnesia-Wasserglasverband.*** *Von Primararzt Dr.* ***Josef Englisch,*** *(Wiener med. Wochenschr. 1889. 16. u. 17. — Deutsch. Med.-Zeitg. 1889. 79.)*

Der Wasserglasverband hat vor dem Gypsverbande den Vortheil grosser Leichtigkeit bei ausserordentlicher Feste. Er eignet sich ganz besonders für solche Fälle, bei denen der Kranke



ganz oder theilweise seinem Berufe nachgehen soll. Sein grosser Nachtheil besteht aber in seinem langsamen Erstarren, weshalb er bis jetzt allgemeine Aufnahme nicht gefunden hat. Um diesem Nachtheil abzuhelfen, benutzt Verf. seit 8 Jahren einen Magnesia-Wasserglasverband, der ihm die vorzüglichsten Resultate ergeben hat. Er wird in folgender Weise hergerichtet: Man verreibt eine Lösung von Natrium-Wasserglas, die zur Consistenz eines dicken Syrups langsam eingedampft ist (Natrium silicicum basicum solutum inspissatum) mit einem Fünftel Gewichtstheil fein pulverisirter Magnesia so lange, bis der Brei weisslich mit einem geringen Stich in's Gelbe ist. In diese Masse werden die nicht gerollten Bindestreifen gelegt, gut geknetet und dann über einer kleinen Holzrolle aufgerollt, wobei sie gut abgestreift werden. Zu den Bindenstreifen verwendet man $2^1/_2$—3 Meter lange Wäschestücke, die recht oft gewaschen sind. Die so vorbereiteten Binden dürfen nicht länger als 15—20 Minuten an der Luft liegen. Vor Anlegung des Verbandes wird das betreffende Glied mit Calicotbinden in zweifacher Schicht umwickelt; über diese kommt dann der eigentliche Verband, Watte- und Flanellbinden sind zu vermeiden. Für die obere Extremität genügt eine 4—5fache, für die untere eine 5—6fache Lage der Wasserglasbinde. Soll der Verband längere Zeit dauern, so kann er durch eingelegte Wasserglas-Längstouren, Schusterspäne oder Pappstreifen verstärkt werden. Zinkblechschienen sind überflüssig. Alle Verstärkungsmittel dürfen nicht zu gleicher Zeit zwischen zwei aufeinanderfolgenden Touren angelegt werden, da die Verklebung der einzelnen Schichten darunter leidet. 10—20 Minuten nach Fertigstellung des Verbandes klebt er nicht mehr, nach 3 bis 6—10 Stunden ist er vollkommen hart, je nach der Temperatur des Zimmers. Er lässt sich leicht aufschneiden, abnehmen und wieder anlegen, so dass sonstige therapeutische Massnahmen dadurch nicht gestört werden. Man gebraucht an Wasserglas für den Vorderarm circa 1000 Grm., für Vorderarm und Oberarm 1200—1500 Grm., ebensoviel für Fuss und Unterschenkel; bei Verbänden, welche über das Knie reichen, 2000 Grm. Der Preis pro Kilo eingedickten Wasserglases stellt sich auf 80 kr. bis 1 fl.; ein Kilo Magnesia kostet 50—60 kr. ö. W.

1126. ***Wie ist der Genitalbefund bei Morbus Basedowii?*** *Von Prof.* **Ludwig Kleinwächter.** *(Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk. 1889. XVI. Bd. 1. Heft. — Deutsche Med.-Ztg. 1889. 78.)*

Ueber den Genitalbefund bei Morbus Basedowii fehlen bisher genauere Berichte. Verf. hat nun bei einer 29jährigen, an *Basedow*'scher Krankheit leidenden Frau in dieser Beziehung genaue Untersuchung vorgenommen und tiefgreifende Ernährungsstörungen der Geschlechtsorgane, einschliesslich der Brustdrüsen feststellen können. Der Schamberg ist kahl und fettarm, die Schamlippen sind schlaff, die Scheide klaffend, die vordere Wand derselben ist leicht vorgefallen, schlaff, desgleichen die hintere. Vom Scheidentheil der Gebärmutter ist nur ein bohnengrosser Rest zu fühlen; der Uterus, an normaler Stelle anteflectirt, etwas nach rechts verlagert, ist auffallend welk und schlaffwandig, die Wandungen sind sehr dünn, die Gebärmutterhöhle misst nicht ganz 4 Cm.; die Eierstöcke atrophisch; die Parametrien sind frei.

Die Libido sexualis ist mit den Menses seit 9 Monaten geschwunden; desgleichen sind die Mammae vollständig geschwunden. Der Befund ähnelt also auffallend dem bei der normalen Altersatrophie der Sexualorgane.

1127. ***Ueber gynäkologische Behandlung bei Psychosen.*** *Von Dr. August Mercklin. Vortrag in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1889. 16 u. 17. — Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 43.)*

Der Einfluss der noch in physiologischer Breite liegenden Veränderungen in den weiblichen Sexualorganen — Menstruation, Gravidität, Climax — auf die psychischen Lebensäusserungen ist seit jeher Aerzten und Laien bekannt, ebenso, dass Erkrankungen des Sexualapparates auch Erkrankungen des Centralnervensystems nach sich ziehen können; präcise Anhaltspunkte aber, wie der Causalnexus zu diagnosticiren, und in welchen Fällen gynäkologische Behandlung einzuleiten sei, vermisst man. Psychosen und Neurosen können ihrerseits die Functionen der Centralorgane beeinflussen, man muss heute entgegen früheren Annahmen sagen: Die Menstruationsanomalie wird durch die Psychose verursacht. Besonders die Amenorrhoe ist in diesem Sinne ein Symptom, welches entweder der Psychose vorangeht, oder sich später einstellt und mit Ausgleich der centralen Störung wieder schwindet. Bei einem solchen Symptom eine gynäkologische Untersuchung vorzunehmen und die Behandlung einer etwa gefundenen geringen Abnormität einzuleiten, wäre ein Irrweg. Eine gynäkologische Untersuchung einer geisteskranken Frau, eventuell in Narcose, ist nur dann vorzunehmen, wenn deutliche locale Symptome vorliegen, deren Beseitigung dringend wünschenswerth ist. Eine gynäkologische Behandlung kann nur gerechtfertigt sein: 1. Wenn neben den psychischen Abnormitäten Krankheitssymptome des Sexualapparates hervortreten, die für sich, aus rein somatischen Gründen, Beseitigung erfordern. Psychiater und Gynäkologen werden hier nicht selten uneins sein, besonders da man gegen manche gynäkologische Leiden oft durch allgemein kräftigendes Verfahren genügend ankämpfen kann. 2. Ist dann eine gynäkologische Localbehandlung berechtigt, wenn man in der vorhandenen Sexualerkrankung eine Ursache der Psychose zu erkennen glaubt. Doch kann man sich der Erwägung nicht verschliessen, dass eine gynäkologische Localtherapie höchstens eine der für Entstehung der Psychose wichtigen Ursachen wegräumen wird, während noch andere, und vor Allem das psychopathisch veranlagte Individuum nachbleiben. In dieser Anschauung wird man noch dadurch bestärkt, dass die casuistische Literatur über diesen Gegenstand in den letzten Jahren durchaus keine reiche gewesen ist, obgleich die Entwicklung der operativen Technik und die Vielseitigkeit der gynäkologischen Behandlungsmethoden erwarten liessen, auch für die gynäkologische Therapie bei Psychosen sei jetzt erst das wahre Zeitalter gekommen. Demnach steht *Mercklin* auf dem Standpunkt, dass die Fälle, in welchen gynäkologische Affectionen während der Dauer einer Psychose überhaupt einer Behandlung bedürfen, die Minorität bilden.



1128. ***Ueber gutartige Geschwülste der Zunge.*** *Von Dr.* ***E. Kirchoff.*** *Aus v. Bergmann's Klinik. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 23. — Centralbl. f. Chir. 1889. 42.)*

In obiger Klinik wurden zwei seltenere Geschwülste der Zunge im Sommersemester 1888 beobachtet und operativ behandelt. In dem einen Falle handelte es sich um einen 59jährigen Mann, bei welchen man am Zungengrunde eine wallnussgrosse und auf der Zungenoberfläche eine kirschgrosse Geschwulst aufsitzen sah. Nach Spaltung der Wange trachtete man die Neubildung aus dem Zungengewebe auszulösen. Es gelang dies jedoch recht schwer, weil die Geschwulst sich tief in die Zungensubstanz erstreckte. Es musste deshalb noch ein querer Hilfsschnitt am Halse oberhalb des Zungenbeins hinzugefügt werden. Glatter Verlauf. Die exstirpirte Geschwulst erwies sich als ein reines Fibrom. Im zweiten Falle fand sich der rechten Seite der Zunge aufsitzend ein etwa hühnereigrosses Lipom, das auch leicht als solches diagnosticirt werden konnte. Die Exstirpation liess sich ohne jede weitere Schwierigkeit ausführen. Im Anschlusse hieran erwähnt Verf. des Besonderen, dass sich Fibrome häufiger am Zungenrücken, Lipome häufiger an der Zungenspitze vorfinden. Von den übrigen gutartigen Geschwülsten der Zunge werden hervorgehoben: die Papillome, die Gefässgeschwülste und Cystenbildungen, sowie die äusserst seltenen Keloide und Adenome. Nicht selten kommen auch kleine Aneurysmen in der Zunge vor.

1129. ***Eine neue Schiene zur Behandlung von Oberschenkelbrüchen ohne dauernde Bettlage.*** *Von Dr.* ***Harbordt.*** *(Deutsch med. Wochensch. 1889. 37. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1889. 11.)*

Auf ein zweischenkeliges, durch ein Charnier verbundenes, starkes eisernes Mittelstück wird für Ober- und Unterschenkel je eine hölzerne Holzschiene gesteckt und durch Schrauben befestigt. In der unteren Holzschiene wird das eiserne Fussstück angebracht, welches über die Knöchelgegend reicht und jenseits der Fusssohle derart rechtwinklig abgebogen ist, dass eine Fussplatte daran gesteckt werden kann. Am Fuss ist eine lederne Hülse angebracht, von der Extensionsschnüre abgehen, die an die Fussplatte fixirt werden können. Mit diesen Schnüren wird der Fuss und damit die ganze bis zur Bruchstelle reichende Extremität gegen die Fussplatte gezogen und in Extension erhalten. Der Fuss wird mit einer Flanellbinde eingewickelt, über welche die Extensionsschlinge, die dicht unterhalb der Knöchel anliegt, zu liegen kommt. An die innere Seite des Beines kommt nun die Schiene zu liegen, welche sich mit der Oberschenkelhohlschiene, deren oberer flach concaver Rand mit einer genügend dicken Lage Watte gepolstert wird, gegen das Becken stützen soll. Die Schiene wird nach genauer Anlegung und Anwendung der Extension, mit feuchter appretirter Gazebinde befestigt. Nachdem die Binde getrocknet ist, darf die Extension so weit gelockert werden, dass der Druck der Schlinge ohne Nachtheil vertragen wird. Eine nachträgliche Verkürzung des Beines ist nun nicht mehr zu befürchten. Der Patient kann das Bett verlassen und mit Hilfe von Krücken umhergehen. Beim Auftreten darf die Sohle des Patienten die Fussplatte nicht berühren,



das Bein schwebt demnach während des Umhergehens in Extension. Die Schiene muss nach einiger Zeit, wenn sie nicht mehr exact sitzt, neuerdings angelegt werden. Ist die Schiene endlich ganz entbehrlich geworden, so wird durch Massage und Bäder des kranken Beines in kürzerer Zeit als die es bisher übliche Methode der Behandlung gestattete, eine Gebrauchsfähigkeit erzielt werden. Die Schiene kann sowohl rechts als links angelegt werden, ist verstellbar und so jeder Grösse genau anpassbar. Eine dem Originale beigegebene Abbildung der Schiene und Extensionsschlinge erläutert die Details der Maschine.

1130. ***Ueber die Entbindungen mittelst der Zange an der kgl. Frauenklinik in Dresden.*** *Von Dr.* ***Münchmeyer.*** *(Arch. f. Gynäk. 1889. Bd. 36. Heft I.)*

In Deutschland und zum Theil in Oesterreich hat in der letzten Zeit die Operationsfrequenz der Zange stark abgenommen, und wenn man auch nicht bis jetzt eine so geringe Frequenz aufzuweisen hat, wie in den englischen Gebäranstalten Ende vorigen Jahrhunderts (z. B. *Denmann* (1787—1793) Zangenfrequenz 1 : 724), so kommt man glücklicherweise immer mehr zu der Ueberzeugung, dass der *Boër*'sche Conservatismus in der Geburtshilfe viel für sich hat. Verf. hat in obiger Arbeit die in den letzten sechs Jahren in der Dresdener Entbindungsanstalt vorgenommenen Zangenoperationen einer kritischen Besprechung unterworfen. Von 7322 zur Geburt gekommenen Frauen mussten 206 mittelst der Zange entbunden werden (2·8%). In 187 Fällen handelte es sich um typische Zangen am tiefstehenden, in 19 um atypische, d. h. am hochstehenden Kopfe. In Folge der von der Zange gesetzten Zerreissungen ist von allen geburtshilflichen Operationen die Zange die blutigste. Hohe Zangen („auf Biegen und Brechen" *[Zweifel])* sollen nach Verf. möglichst vermieden werden. Auch bei „leichten" Zangen, bei „Gefälligkeitszangen" können bedeutende Risse der Scheide und des Mutterhalses entstehen und tödtliche Blutungen zur Folge haben. Der Damm braucht dabei nicht verletzt zu sein. Die Indication zur Zange sei sehr einzuschränken. Unter 1369 Geburten des Jahres 1888 kamen in der Dresdner Anstalt nur 25 Zangenoperationen vor. Der Riss der Scheide, des Mutterhalses solle stets aufgesucht und alsbald durch die Naht geschlossen werden. Auch die allergeringste Zerreissung des Dammes wurde aus ersichtlichen Rücksichten gemacht. Sonst ist in Sachsen die Hebamme verpflichtet, nur bei Rissen über 2 Cm. Länge ärztliche Hilfe herbeizurufen.

v. Swiecicki.

1131. ***Ueber den Tetanus hydrophobicus.*** *Von Dr.* ***Klemm.*** *Aus der Dorpater chirurgischen Klinik. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXIX, pag. 168.)*

Folgender auf der Dorpater Klinik vom Verf. beobachtete Fall bietet den Ausgangspunkt für dessen Arbeit: 40jährige Pat. erleidet durch einen Fall von der Treppe eine leichte Verletzung über dem linken Augenhöhlenbogen. 8 Tage darnach, nachdem Pat. ganz wohl gewesen, an der Wunde aber leichte Infiltration und Eiterung eingetreten, stellen sich Krämpfe ein, die das Oeffnen des Mundes schliesslich unmöglich machen. Im Spitale zeigte sich deutliche, wenn auch nicht vollständige Läh-



mung im Gebiete des linken Gesichtsnerven, dazu Kieferklemme, verursacht durch tonischen Krampf des linken Masseter, welcher bretthart contrahirt erscheint. Sensibilität normal bis auf eine Partie über dem linken Masseter, welche deutlich hyperästhetisch ist. Hautreflexe normal, Patellarreflexe deutlich erhöht. Die elektrische Untersuchung normale Verhältnisse ergebend. Unter Behandlung mit Bromkalium, Massage der afficirten Gesichtsmuskeln und Dilatation des Mundes mittelst *Heister's* Spiegel allmälige Besserung, so dass nach 2 Monaten der Trismus völlig geschwunden war und nur noch etwas Schiefstellung des Gesichtes bestand. Wie in diesem Falle, so ist in allen anderen bisher beschriebenen von Tetanus hydrophobicus, einem Krankheitsbilde, das bekanntlich von *E. Rose* zuerst beobachtet wurde, das Charakteristische des Leidens das gemeinsame Auftreten von Trismus und Facialislähmung, so dass diese Art des Tetanus nicht unpassend „Tetanus paralyticus" genannt werden könnte. Meist treten Lähmung und Trismus etwa um dieselbe Zeit auf, etwa 9 Tage (24 Stunden bis 24 Tage) nach der Verletzung. *Klemm* hält für wahrscheinlich, dass, wie der Tetanus überhaupt, so auch dieser „hydrophobische" oder „Kopf"-Tetanus zu den Wundinfectionskrankheiten zu zählen ist, und dass Krampf und Lähmung durch ptomainartige, in der Wunde entstandene Gifte herbeigeführt würden. Dafür spricht, dass in den afficirt gewesenen Facialnerven bei der Section tödtlich geendigter Fälle anatomische Veränderungen nicht zu constatiren waren, sowie dass die Erklärung der Gesichtslähmung durch Annahme einer Compression des vielleicht angeschwollenen Facialnerven im Canalis Fallopiae dadurch unwahrscheinlich gemacht wird, dass sich die Faciallähmung des Kopftetanus klinisch nach den Ergebnissen der elektrischen Untersuchung als eine „leichte" charakterisirt, während die Compressionslähmung des Facialis erfahrungsgemäss zu den schwereren Formen der Lähmung dieses Nerven gehört. Die Annahme der Entstehung des Tetanus auf reflectorischem Wege scheint nur in einem einzigen der bisher beschriebenen Fälle möglich zu sein. Hinsichtlich des klinischen Verlaufes der Fälle schlägt *Klemm* vor, zu unterscheiden Fälle mit acutem und solche mit chronischem Verlaufe. Bei den ersteren treten zu den Initialsymptomen eine Steigerung der Reflexerregbarkeit, Schling- und Glottiskrämpfe, sowie eine eigenthümliche Steife der Wangensmusculatur. Später kann es zu einer Affection tiefer gelegener Abschnitte der Medulla oblongata et spinalis kommen mit Nackenstarre, Contractur der Bauchmuskeln, Opisthotonus, sowie Krämpfen in den Extremitäten. Die Prognose dieser Fälle ist ungünstig: von 16 Kranken genas nur einer. Die chronisch verlaufenden Fälle zeigen milderen Verlauf von längerer Dauer, 4—12 Wochen lang, und endigen in Genesung. Bisher sind hier 6 dergleichen Fälle zu zählen.



Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1132. ***Die Thätigkeit der geraden inneren Augenmuskeln bei den associirten Seiten- und den accommodativen Convergenzbewegungen der Augen.*** *Von Prof.* ***Alfred Gräfe.*** *Bericht über den 7. internationalen Ophthalmologen-Congress, Wiesbaden. Bergmann, 1888.*

1133. ***Ueber Convergenzlähmungen.*** *Von Dr.* ***Alb. Peters,*** *Augenarzt in Bonn. Vortrag, gehalten in der niederrhein. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde. Juli 1889. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. August 1889.)*

Die Recti interni sind einem zweifachen Bewegungsprincipe zu dienen berufen, der associirten Seitenbewegung und der accommodativen Convergenzstellung. Diese zweifache Bestimmung erfordert physiologischerseits zwei verschiedene Bewegungscentren. Die klinische Beobachtung lehrt, dass unter gewissen Umständen nur eine der beiden Bewegungsarten ausgeführt werden kann und hilft damit den Beweis für die Anwesenheit solcher Centren zu führen. Es kommen, wie *Gräfe* darlegt, gewiss solche Fälle vor, in denen bei vollkommener Intactheit der Seitenbewegung die Convergenzbewegungen nicht oder nur in beschränktem Masse möglich sind. Nähert man ein Fixirobject in der Mittellinie allmälig der Gesichtsfläche an, so bleiben beide Augen starr in der ursprünglichen Stellung stehen, es entstehen gekreuzte Doppelbilder, deren Distanz bei Lateralbewegung abnimmt. Bedeckt man eines der beiden Augen, so ist das andere, wenn auch schwerfällig und mit einem gewissen Unbehagen, dem sich nähernden Finger zu folgen, aber nicht durch eine Convergenz-, sondern durch eine associirte Seitenwendung, denn das verdeckte Auge ist ebensoviel nach aussen gegangen, als das unverdeckte nach innen gestellt wurde. Die durch Prismen zu eruirende geringe Stärke der Externi beweist, dass wir es nicht mit einem Spannungsexcess der äusseren Augenmuskeln zu thun haben. Es sind solche Verhältnisse namentlich bei Tabetikern und Neurasthenikern beobachtet worden. *Peters* beschreibt unter dem Namen „Convergenzlähmung“ zwei einschlägige Fälle und macht besonders auf die, wie er meint, nicht so seltenen Fälle aufmerksam, wo das Convergenzvermögen nicht aufgehoben, sondern nur beschränkt ist. Er macht auf die Unterschiede von der musculären Asthenopie aufmerksam. In ersterem Falle ist die Convergenzbreite auf ein Minimum reducirt. Die Einstellung auf ein nahe gelegenes Object erfolgt mühsam und unvollständig oder mit Hilfe der associirten Seitenbewegung. Das schwächste Prisma, Basis nach aussen, ruft für die Nähe schon Doppelbilder hervor, auch die Abduction ist öfters erheblich beschränkt. Bei der musculären Asthenopie ist die Convergenz erheblich grösser oder ganz intact, bei Annäherung eines Objectes stellen sich die Augen prompt in die Convergenzstellung, bis plötzlich ein Auge nach aussen abweicht. Dasselbe geschieht unter der deckenden Hand, sobald das Interesse am binoculären Sehact aufgehoben wird.

Es gibt aber auch Fälle, in denen das Convergenzvermögen vorhanden ist und die Seitenbewegungen unmöglich sind. *Gräfe* führt zwei derselben auf, einen von ihm, einen von *Möbius* be-

obachteten und bemerkt, dass zuerst *Foville* (1859) auf diese Erkrankungsform aufmerksam gemacht habe. Er nimmt an, dass in jeder Hälfte des Pons ein Centrum für die gleichseitige Associationsbewegung vorhanden sei und *Féréol* publicirte im Jahre 1873 einen Fall von einer durch einen in der linken Brückenhälfte liegenden Tuberkelknoten bedingten Lähmung beider Linkswender bei intacter Convergenzbewegung. In den beiden von *Gräfe* aufgeführten Fällen war angeborene Lähmung der Recti externi und interni vorhanden (neben doppelseitiger Facialislähmung, resp. Parese), während Hebung und Senkung leicht möglich war. Dabei war aber die Fähigkeit zu convergiren vollständig vorhanden. In einem anderen Punkte differirten jedoch die beiden Fälle bedeutend. *Möbius* fand, dass bei seinen Kranken, wenn man das eine Auge verdeckte, die geforderte und intendirte Seitwärtswendung des Blickes durch Convergenzbewegung ersetzt wurde und nimmt deshalb eine Läsion beider Associationscentren bei Integrität des Convergenzcentrums an. In *Gräfe's* Falle war es jedoch dem Kranken nach einiger Uebung möglich, indem er bei verdecktem einen Auge mit Anstrengung dem nasalwärts bewegten Fixirobjecte mit dem anderen folgen lernte, dies auch mit diesem Auge bei unverdeckten Augen zu thun. Bei Lateralwandungen, meint *Gräfe*, übernehmen die Externi die Initiative, so dass zur Vermeidung von Doppelbildern bei Functionsunfähigkeit dieser Muskeln die Seitenbewegungen durch Kopfdrehungen substituirt werden; der Ausfall der Internusthätigkeit würde in seinem Falle also nicht paralytischer Natur, sondern durch mangelnde Uebung begründet sein. Er meint übrigens, dass, wenn *Möbius*' Ansicht durch weitere Beobachtungen Bestätigung finden würde, an der Richtigkeit der von diesem vertretenen Ansicht kaum gezweifelt werden könne. Schliesslich sei erwähnt, dass schon im Jahre 1869 *Stellwag* die gleiche Erkrankungsform acquirirt beobachtete (bei Morb. Basedowii) und dass *Samelsohn* im Verlaufe schwerer Hirnerkrankungen mehrere einschlägige Fälle gesehen zu haben angibt. *v. Reuss.*

1134. ***Ueber Erysipel der Nasenhöhlen.*** *Von Dr.* ***Schiffer.*** *(Revue mensuelle de laryngol. 1889. 5. — Monatsschr. f. Ohrenhk., sowie für Kehlkopfkr. 1889. 8.)*

Nach *H. Hartmann* setzt der Mikrob des Erysipels sich nicht nur in die Lymphgefässe und in deren Zwischenräume in der Haut fest, sondern geht ebenfalls in die Mucosa der oberen Luft- und Verdauungsorgane; hier füllt er die Lymphgefässnetze und das Unterschleimhautzellgewebe aus. Demgemäss kann man ein oberflächliches und ein tiefer gehendes Erysipel annehmen. Der Tod tritt durch Allgemeininfection ein und nicht durch Einwirkung der Ptomaine. Man kann ein eigenes Nasenerysipel annehmen, sei es, dass es autochthon entsteht, sei es, dass es sich vom Gesicht auf die Nase fortpflanzt. Verf. gibt die bekannten Symptome des Nasenleidens und erzählt 2 hierher bezügliche Krankengeschichten. Man soll 2—3 Mal täglich Nasendouchen mittelst Sublimatlösung machen (1 : 4000); in einem Nasenloch soll immer ein mit der Lösung getränkter Baumwollentampon liegen; diese Behandlung genügt und kann sogar als Prophylaxe bei Gesichtserysipel dienen.



1135. ***Ueber die Ophthalmia migratoria (sympathische Augenentzündung).*** *Von Prof. **Deutschmann.** (Fortschr. d. Med. Bd. VII. 5. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. September.)*

Auf Grund der bisherigen Untersuchungen glaubt *Deutschmann*, dass diejenige Augenerkrankung, welche man bisher mit dem Namen der sympathischen Entzündung belegt hat, ätiologisch in zwei ganz verschiedene Formen getrennt werden müsse, von denen die eine den durch Ueberwanderung von Mikroorganismen von einem Auge zum anderen (wohl nur selten durch Ueberleitung rein chemischer Vorgänge) bedingten und längs dem Sehnerven fortschreitenden Process darstellt, für welchen *Deutschmann* aus diesem Grunde den Namen Ophthalmia migratoria vorschlägt, während die andere Form einen in Folge Reizung des Ciliarnervensystems am ersten Auge reflectorisch auf das andere übertragenen Symptomencomplex bildet, für welchen deshalb die bisherige Bezeichnung der sympathischen Reizung bestehen bleiben soll. Indessen ist ein volles Verständniss der räthselhaften Krankheit auch auf diesem Wege nicht erreicht und praktisch durch die Scheidung in Ophthalmia migratoria und sympathica nicht sonderlich viel gewonnen, da die klinische Diagnose auf die eine oder andere Form selbst von *Deutschmann* im concreten Falle nicht ohne weiteres gestellt werden dürfte und somit erst dem Erfolg der operativen Entfernung des erkrankten Theils die Entscheidung dieser Frage vorbehalten bleibt.

1136. ***Zur Aetiologie der tuberculösen Kehlkopfgeschwüre.*** *Von Dr. **Eugen Fränkel** in Hamburg. (Centralbl. f. klin. Med. 1889. 37.)*

Die aphthösen oder lenticulären Geschwüre sind ebenso wie die im Verlauf von bacillärer Phthise entstandenen zum grössten Theil durch den Tuberkelbacillus hervorgebracht. Es handelt sich um Substanzverluste, welche aus echten, Riesenzellen enthaltenden Miliartuberkeln hervorgegangen sind, oder aus knötchenartigen oder diffusen zerfallenden Infiltrationen entstehen — alle diese bacillenhaltig. Die acinösen Drüsen sind meist nur secundär erkrankt. Je reichlicher die Riesenzellen, desto reichlicher die Bacillen; letztere finden sich auch an nicht ulcerirten Stellen in und zwischen den Epithelzellen. Der Tuberkelbacillus macht die tuberculösen Erosionen anderen Mikroorganismen zugängig, das Umgekehrte findet selten statt. Ausser tuberculösen Geschwüren kommen im Kehlkopf andere Geschwürsprocesse, besonders an der Schleimhaut der Processus vocales, symmetrisch vor. Es sind alsdann einfache Erosionen oder tiefere Lagen der Tunica propria angreifender Gewebszerfall. Die Entstehung tuberculöser Kehlkopfgeschwüre ist nach *Fränkel* ausschliesslich durch Eindringen des *Koch*'schen Bacillus von der Schleimhautoberfläche nach den tieferen Gewebslagen bedingt anzusehen.

Hausmann, Meran.

1137. ***Die Dilatation der Eustachi'schen Trompete.*** *Von **E. Ménière.** (France méd. 1889. 40. — Centralbl. f. Chir. 1889. 35.)*

Verf. empfiehlt einen häufigeren Gebrauch der Sonde bei Affectionen der Tube, als üblich zu sein pflegt. Die Sonde wirkt zunächst durch Erweiterung der verengten Tube. Verf. unterscheidet falsche und wahre Verengerungen derselben. Erstere



entstehen durch einfache Schwellungen der Schleimhaut und Ansammlung von Schleim, letztere durch Hypertrophie oder Schrumpfung des submucösen Bindegewebes. In beiden Fällen wirkt die Sonde durch Erweiterung des Canals günstig. Ausserdem kann sie als Träger für Medicamente (Jodtinctur etc.) dienen, die damit direct an die verengten Partien gebracht werden können. In manchen Fällen ist es möglich, durch längeres Liegenlassen des Instrumentes dasselbe eine fortgesetzte Erweiterung ausüben zu lassen. Die Catarrhe der Tuba Eustachii lassen sich nach Verf. klinisch in 3 Gruppen trennen: 1. Catarrhe, die spontan heilen, nachdem die Reizerscheinungen der Nachbarorgane aufgehört haben. — 2. Aeltere Catarrhe, die mehrere Wochen oder Monate alt sind. — 3. Alte, Monate oder Jahre lang dauernde Catarrhe. Während die Formen der 1. Gruppe von selbst oder durch *Politzer's* Verfahren heilen, leisten die Fälle der 2. und 3. Gruppe demselben und dem einfachen Catheterismus oft hartnäckig Widerstand, während mancher Fall durch die Sondenbehandlung dann noch geheilt werden kann. Von 300 Fällen des Verf.'s betrafen 231 solche ältere Catarrhe. Hiervon wurden durch die Sonde 170 geheilt, 31 gebessert, 11 „leicht gebessert", 19 blieben ungeheilt. Viele dieser Kranken waren Wochen und Monate lang mit Einblasungen und Cathetern behandelt worden, ohne dass eine merkliche Besserung darnach eintrat. — Als Material zur Sondirung benutzt Verf. ein Kautschukbougie (von *Bénas*), das für alle Zwecke ausreicht.

Dermatologie und Syphilis.

1138. ***Vier Fälle von syphilitischem Diabetes.*** *Von Dr.* ***Feinberg.*** *(Wratsch. 1889. 2—3. — Arch. f. Dermat. und Syph. 1889, pag. 599.)*

Feinberg's Mittheilung beschäftigt sich mit vier Fällen von „Diabetes syphiliticus"; in allen Fällen wurden ausser dem Zuckerharn auch verschiedene luetische Affectionen des Nervensystems beobachtet. Der erste Fall betraf einen siebenundzwanzigjährigen Mann, der Symptome von Meningitis spinalis und Diabetes mellitus zeigte. Da die usuelle Therapie kein Resultat gab, wurde der Kranke einer specifischen Behandlung unterzogen, nach welcher bald eine bedeutende Verminderung des Zuckergehaltes erfolgte. Leider entzog sich der Patient der weiteren Behandlung. Im zweiten Falle handelte es sich um einen jungen Arzt, welcher vor zehn Jahren sich inficirte und seit den letzten zwei Jahren an Diabetes mellitus litt, und bei dem plötzlich epileptische Anfälle auftraten; nach einem solchen Paroxysmus trat Hemiparesis der Extremitäten ein, welche jedoch nach specifischer Cur sammt den diabetischen Symptomen dauernd schwand. Im dritten Falle, welcher ein achtundzwanzigjähriges syphilitisches Mädchen betrifft, wurden im Verlaufe der hochgradigen bulbären Paralyse luetischer Natur auch die Symptome des Zuckerharns bemerkt. Nach vierzig Inunctionen und Jodkali schwanden sämmtliche Erscheinungen. Der vierte Fall betraf einen einunddreissigjährigen Kranken, der verschiedene Symptome von Cerebrallues zeigte



(Hemiparesis, heftige Kopfschmerzen, Hemianopsia sinistra, später auch dextra etc.); auch wurde Polyurie mit halbpercentigem Zuckergehalt im Harn beobachtet. In letzterem Falle vermuthete der Verf. das Vorhandensein des cerebralen Tumor in der Nähe von Chiasma nerv. opticorum, wodurch er die Coincidenz von Hemianopsie mit Polyurie und Glycosurie erklärt. *Szadek.*

1139. ***Ueber Harnröhrenspiralen.*** *Von v. Dühring. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. 1889. 1. — Centralbl. f. Chir. 1889. 31.)*

v. Dühring empfiehlt statt der jetzt namentlich von praktischen Aerzten wegen ihrer Bequemlichkeit vielgebrauchten Artrophore (deren Thallingehalt von 2—3% er übrigens namentlich für die acute Gonorrhoe für viel zu stark hält) sogenannte „Harnröhrenspiralen", d. h. aus Kupferdraht gewundene, mehr oder weniger starke und mehr oder weniger biegsame Urethralbougies, welche in Zinkleim getaucht werden und dadurch eine glatte Oberfläche erhalten; vor dem Gebrauche werden sie dann in die für das jeweilige Stadium der Gonorrhoe passende Salbenmasse (nach der bekannten Vorschrift für die *Unna*'schen Salbensonden) gebracht; in der Urethra schmilzt diese Salbenmasse, nicht aber der Zinkleim, welcher den Kern des Bougies bildet. Diese Harnröhrenspiralen sollen vor den Artrophoren folgende Vorzüge haben: 1. sie können auch in stärkeren Nummern angewendet werden; 2. sie sind schwerer und wirken also auch durch den Druck; 3. sie werden erst kurz vor dem Gebrauch überzogen und sind daher sauberer, als die im Handel befindlichen Artrophoren. Hergestellt werden sie von Dr. *Wielck*, Schwanen-Apotheke, Hamburg. *Jadassohn.*

1140. ***Zur Injectionsbehandlung der acuten Gonorrhoe.*** *Von Dr. L. Friedheim. Aus der Universitätsklinik des Prof. Neisser zu Breslau. (Archiv f. Dermat. und Syph. XXI. Jahrg. 4. H.)*

Verf., der eine grosse Zahl von Mitteln, wie Zink, Blei, Wismuth, Tannin, Quecksilberverbindungen, Kali hypermangan., Creolin etc. etc., genau untersuchte, und zwar sowohl in Bezug auf ihre secretionshemmende, wie auch (am Trockenpräparat) auf ihre gonococcentödtende Wirkung war von keinem der üblichen Mittel befriedigt, entweder hatten sie den Gonococcen gegenüber keine oder nur eine vorübergehende Wirkung, oder sie reizten die Schleimhaut zu stark und mussten deshalb ausgesetzt werden. Einzig das Argentum nitr. führte zu guten Resultaten. *Friedheim* verfügt über 318 so behandelter Fälle, in denen 237mal die antibacterielle Wirkung deutlich war, — ungünstige Resultate fanden sich vorwiegend bei Patienten, die ambulant (poliklinisch) behandelt wurden und überhaupt unter unzweckmässigen äusseren Bedingungen lebten. Das Vorgehen auf *Neisser's* Klinik ist also folgendes: Es wird jede acute Gonorrhoe sofort mit einer Injection von Arg. nitr. 1:4000, höchstens 1:2000 behandelt. Darnach wird zuerst der Ausfluss meist reichlicher, dicker und eitriger, sehr bald jedoch vermindert sich das Secret, wird dünner, weisslicher, epithelialer. Die Gonococcen nehmen in auffallender Weise ab und können schon nach einigen Tagen aus dem Secret verschwunden sein. Die Injectionen werden zunächst 4—6mal täglich gemacht, dann auf 1—2 eingeschränkt, gleichzeitig aber ein mildes Adstringens (Zink, Borsäure) injicirt. Aber



selbst nach völligem Aufhören der Secretion wird noch „viele Wochen" täglich 1mal Argentum eingespritzt. — Ebensolange müssen die diätetischen Vorschriften befolgt werden. Von den Balsamicis liess nur der Copaivabalsam in grossen Dosen eine Einwirkung auf die Gonococcen erkennen; nur diesem Mittel ist von allen inneren ein heilender Einfluss auf die Gonorrhoe zuzuerkennen. Die Injectionsbehandlung wird selbst nach dem Eintreten von Complicationen, speciell der Epididymitis, fortgesetzt.

1141. ***Wie werden Hautwarzen am besten beseitigt?*** *Von Dr.* ***Patrzek*** *in Oppeln. (Deutsch. Med.-Ztg. 1889. 78.)*

Nach Verf. ist das beste Mittel zur Beseitigung von Warzen die Elektrolyse. Während die Batterie zurechtgesetzt wird, lässt *Patrzek* die Warze mit lauwarmem Salzwasser durchfeuchten. Darauf sticht er beide Polnadeln im Niveau der Hautoberfläche durch die Warze hindurch, was völlig schmerzlos ist; im Gegentheil, die Kinder sehen dies Alles als eine angenehme Spielerei an. Nun lässt *Patrzek* den Strom wirken, indem er allmälig so viel Elemente einschaltet, als ohne Schmerz vertragen werden. Gewöhnlich genügen 5 Elemente. Zwei Sitzungen zu je 5 Minuten waren in den meisten Fällen ausreichend. Die Warze trocknet allmälig ein und fällt von selbst weg. An ihrer Stelle sieht man in der ersten Zeit eine etwas geröthete, später normale Hautdecke. Durch die Elektrolyse werden die Warzen schmerzlos, ohne jegliche Blutung und ohne Hinterlassung von Narben beseitigt, was auf keinem anderen Wege zu erreichen ist. —*r.*

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1142. ***Die Hautgefässreflexe im physiologischen Zustande und bei Fiebernden.*** *Von Prof.* ***Maragliano*** *in Genua. (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. XLIV. H. 2 u. 3. — Neurolog. Centralbl. 1889. 15.)*

Maragliano bediente sich bei seinen Untersuchungen folgender, schon von Prof. *Fano* geübten Methode. Ein Vorderarm wurde in einen Glascylinder hermetisch eingeschlossen, die Puls- und Volumenschwankungen der Gefässe mittelst Luftröhren auf einen rotirenden Cylinder aufgetragen. Als Hauptreiz wurde der elektrische Strom verwendet, welcher, auf den anderen Vorderarm applicirt, ebenfalls genau auf demselben Cylinder registrirt wurde. Auf diese Weise wurden unter einer Anzahl Cautelen an 66 normalen Individuen und 5 Fieberkranken eine Reihe sphygmographischer Aufnahmen vorgenommen. Verf. gelangte zu folgenden Resultaten: Beim n o r m a l e n Menschen sind die Hautreize nicht immer von vasculären Reflexen gefolgt. Sind die Hautreize von Gefässreactionen gefolgt, so können diese entweder als constrictive — was weitaus am häufigsten ist — oder als dilatatorische Erscheinungen zu Stande kommen. Die nach Beginn des Reizes eintretende Reaction variirt von Individuum zu Individuum, sie kann nach 3·1 Sec., aber auch erst nach 6·8 Sec. sich einstellen. Die Reaction erreicht ihren H ö h e p u n k t in einer Zeit, welche

ebenfalls zwischen 2—14 Secunden schwanken kann. Die Dauer der Reaction schwankt zwischen 10—45 Secunden. Um in denselben Füllungszustand wie vor der Reizung zurückzukehren, bedürfen die Gefässe einer Zeit von 15—64·6 Secunden. Die Gefässreaction ist nicht immer der Intensität des Reizes und seiner Dauer proportional. Während des Schlafes und nach dem Essen sind die Gefässreflexe viel lebhafter, als im wachen Zustande und bei leerem Magen. In gleicher Weise inconstant und schwankend war das Verhalten der Hautgefässreflexe bei Fiebernden. Die Gefässreflexe traten gewöhnlich als Verengerungs-, manchmal aber als dilatatorische Reactionen hervor. Der Hauptreaction ging manchmal eine vorübergehende conträre Nebenreaction voran. Die Blutgefässe reagirten bei einem und demselben Individuum nicht in derselben Weise während der Fieberanfälle und während der Perioden der Apyrexie. Die Gefässreactionen während des Fiebers waren gewöhnlich energischer, rascher und dauerhafter, als in den fieberfreien Perioden. Aber auch das Gegentheil wurde beobachtet. Der Arbeit ist eine Tafel mit einer grösseren Anzahl der betreffenden sphygmographischen Aufnahmen beigegeben.

1143. ***Ueber Hämochromatose.*** *Von Prof. v.* ***Recklinghausen*** *in Strassburg. Vortrag bei der 62. Naturforscher-Versammlung. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 42.)*

Aufmerksam gemacht durch einen besonders prägnanten Fall, untersuchte *v. Recklinghausen* eine grosse Anzahl von Leichen auf ein in diesem Falle entdecktes, eigenthümliches Pigment („Hämofuscin"), und konnte dasselbe ausserordentlich häufig nachweisen. Es ist charakterisirt durch seine Färbung, durch feinkörnige, amorphe Beschaffenheit und Fehler der Eisenreaction. Sein Sitz sind vor Allem die glatten Muskelzellen, besonders in den Blut- und Lymphgefässen, dann in der Darmwand etc. Ausserdem findet es sich in den Lymphdrüsen, Leber (oft neben anderem Pigment), Pankreas, fast gar nicht in der Niere. In den gestreiften Muskeln findet es sich nicht, aber wohl in den Gefässwandungen, die die Musculatur durchziehen. In ausgeprägten Fällen ist es makroskopisch sehr deutlich, verleiht den Organen eine eigenthümliche Farbe und lässt besonders die Lymphgefässe sehr deutlich erkennen. Die Entstehung ist in letzter Instanz auf Zerstörung des Blutes zurückzuführen. Indess möchte *v. Recklinghausen* annehmen, dass der Farbstoff zunächst gelöst im Körper transportirt wird, und dass die aufnehmenden Zellen sich ihm gegenüber als chromophile verhalten. Er glaubt nicht, dass ein sogenanntes Hämosiderin *(Neumann)* die Vorstufe dieses Pigmentes sei.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1144. ***Die Assanirung der Hutmacherei.*** *(Bericht der Gewerbe-Inspectoren. 1889.)*

Brüder Böhm in Wien sind bemüht, die hygienischen und sicherheitlichen Verhältnisse der Hutfabrikation, welche bis jetzt bekanntlich sehr viel zu wünschen übrig liessen, thunlichst zu



verbessern. Zu den dahinzielenden Ausführungen, welche sich als zweckmässig bereits erprobt haben, gehören: Die Ventilations- und Heizanlage im Garnirungssaale, einem Raume von rund 600 Cbm. Inhalt, in welchem ca. 60 Personen arbeiten. Die Zufuhr der frischen Luft erfolgt durch Canäle, welche mit der Aussenluft in Verbindung stehen, während die Ableitung der verdorbenen Luft durch besondere, über das Dach reichende Schlote bewirkt wird. Zur Regulirung des Luftwechsels sind die Mündungen der Zu- und Abfuhrcanäle mit jalousieartigen Klappen verschliessbar. Im Winter muss die von aussen zuströmende kalte Luft die aufgestellten Dampföfen (Körting'sche Rippenheizkörper) passiren und gelangt hierdurch in erwärmtem Zustande in den Saal. Um den schädlichen Einfluss der Gasbeleuchtung auf die Luftbeschaffenheit hintanzuhalten, werden die Verbrennungsproducte direct abgeführt. Zu diesem Zwecke ist jede Flamme mit einem trichterförmigen Schirm versehen, von welchem ein Blechrohr senkrecht zur Decke führt. Diese senkrechten Rohre münden in ein gemeinschaftliches Horizontalrohr, welches am Plafond befestigt ist und in den Schornstein führt. Durch die beschriebene Einrichtung wird ausserdem noch erreicht, dass in Folge der Erwärmung des Schornsteines die Wirkung der Ventilation erhöht wird, und dass die Temperatur im Saale von der Gasbeleuchtung unbeeinflusst bleibt. Während früher an Winterabenden die Temperatur mitunter auf 20° R. stieg, bleibt sie jetzt normal mit 15—16° R. Die Entnebelung der Walke, welche insbesonders während der kalten Jahreszeit derart mit Dampf erfüllt war, dass man nicht 2—3 Schritte weit sehen konnte, wird dadurch bewirkt, dass frische Luft mittelst eines mechanisch bewegten Ventilators zugeführt wird. Im Winter wird diese Luft durch eine aus Dampfröhren gebildete Heizungsanlage gepresst und der Walke in erwärmtem Zustande zugeführt. Durch die Erwärmung der kalten Winterluft wird ihre Aufnahmsfähigkeit für Dämpfe erhöht und wird in dieser Weise die Nebelbildung, wie sie bei Zuführung frischer, aber nicht vorgewärmter Luft unbedingt eintritt, vermieden. Eine ähnliche Einrichtung empfiehlt sich auch für die dampferfüllten Räume in den Färbereien, Wäschereien u. s. w. Die in Verwendung stehende Fellbürstmaschine dient zum Aufbürsten der Haare von Hasen- und Kaninchenfellen, was bislang durch Handarbeit bewirkt wurde und wobei der Arbeiter der sehr bösartigen Staubentwicklung ausgesetzt war. Nachdem das Fell mit Beize (salpetersaurem Quecksilber) bestrichen und getrocknet worden ist, wird es mit der Haarseite nach aufwärts durch die beiden eisernen Entréewalzen in die Maschine geschoben und durch eine schnell rotirende Rundbürste aufgebürstet. Der anhaftende Staub wird durch den an der Maschine befindlichen Ventilator abgesaugt und in einen besonderen Staubkasten geleitet. In ähnlicher Weise wie bei der Fellbürstmaschine wird auch bei der in Benützung stehenden Hutschleifmaschine der Arbeiter dem schädlichen Einflusse des Staubes entzogen. Der rohe Hut, welcher die Form eines Kegels besitzt, wird auf den Holzconus, der sich auf der Maschine in rasch rotirender Bewegung befindet, aufgesetzt und mittelst Schmirgelpapier abgeschliffen. Das sich bildende Gemisch



von Schmirgel- und Wollstaub wird durch den an dem unteren Theile der Maschine befindlichen Ventilator abgesaugt und in's Freie geführt. *Dr. E. Lewy.*

1145. ***Eine neue Lungenathemprobe der Neugeborenen auf volumetrischem Wege.*** *Von Dr. H. Bernheim in Würzburg. Demonstration in der Section für gerichtliche Medicin der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 43.)*

Bekannt ist der hohe forensische Werth der Lungenschwimmprobe der Neugeborenen, und dass sie trotz ihres über zweihundertjährigen Alters bis heute noch durch keine andere Probe ersetzt ist, dass sie vielmehr alle ihre Concurrenten — die *Breslau*'sche Magendarmprobe, die *Wendt*'sche Ohrenprobe u. a. — stets siegreich aus dem Felde geschlagen hat und auch in das neueste deutsche und österreichische Sectionsregulativ officiell aufgenommen ist. Jedoch diese altehrwürdige Probe ermangelt aller und jeder wissenschaftlichen Formulirung und Fixirung, und das ihr zu Grunde liegende Suchen nach dem specifischen Gewichte der untersuchten Lunge findet auf grob empirischem, durchaus laienhaftem Wege ein Resultat, dem jeder wissenschaftliche Ausdruck fehlt. Verf. glaubt deshalb, dass es nun endlich angebracht erscheint, dieses Resultat in wissenschaftlicher Weise mathematisch festzustellen. Genanntes Resultat, also das genaue specifische Gewicht der untersuchten Lunge, kann man mit Hilfe des vom Verf. modificirten Pyknometers (s. Original) ohne Mühe und Zeitverlust leicht finden und in Zahlen ausdrücken. Verf. hat nun nach dieser Methode das specifische Gewicht der fötalen und der geathmet habenden Lunge der Neugeborenen in einer grossen Zahl von absolut sicheren Fällen untersucht und für beide Arten je eine ganz constante Grösse gefunden. Eine neugeborene Lunge nämlich, die geathmet hat, und wenn es nur die kürzeste Zeit war, hat ein geringes specifisches Gewicht, in Folge dessen sie ja auch bekanntlich schwimmt, nämlich 0·8. Die fötale Lunge, die in Wasser untersinkt, also schwerer ist als dieses, hat auch dementsprechend ein höheres specifisches Gewicht als Wasser, nämlich 1·1; sie entspricht auch hierin, wie in ihrem Aussehen, der Leber und dem Muskelfleisch, deren specifisches Gewicht nach meiner Probe 1·147, resp. 1·15 ist. Die Grössen sind so constant, dass man bei einer Lunge, deren specifisches Gewicht 0·8, also kleiner als 1 (Wasser) ist, mit forensischer Sicherheit das Gelebthaben des Kindes, bei einem specifischen Gewicht grösser als Wasser, also 1·1, das Gegentheil unbesorgt behaupten kann. Natürlich darf man bei faulem Material, gerade wie bei der Schwimmprobe, nicht die Vorsichtsmassregel, etwaige subpleurale Gasblasen anzustechen, unterlassen. Bei partieller Atelectase muss man die verdächtigen Stellen besonders herausschneiden und untersuchen. Verf. denkt sich die Einfügung dieser zeitgemäss reformirten Lungenprobe in das Regulativ etwa so, dass man erst die ganzen Lungen nach der alten Schwimmprobe untersucht und darauf an den zerschnittenen Lungenstückchen das specifische Gewicht der Lunge bestimmt und im Protokoll notiren lässt. War dasselbe 0·8, so hat das Kind geathmet, war es 1·1, so hat das Kind nicht geathmet. —r.

1146. ***Ueber die Angreifbarkeit der Nickel-Kochgeschirre durch organische Säuren.*** *Von* ***A. Rohde.*** *(Arch. f. Hyg. 331—349. — Wr. med. Wochenschr. 1889. 43.)*

Verf. hält auf Grund eingehender Untersuchungen die Verwendung der Nickelgeschirre im häuslichen Gebrauche für unbedenklich. Nickelplattirte Geschirre verlieren z. B. beim Stehen mit zweiprocentiger Essigsäure in 24 Stunden auf 290 Quadratcentimeter Angriffsfläche 24—29 Mgrm. Der Angriff von Weinsäure, Citronensäure und Milchsäure ist fast ebenso. Geringe Mengen von Nickel, welche unter günstigen Umständen in Lösung gehen, sind nicht im Geringsten geeignet, giftig zu werden. Nur zum Aufbewahren von Speisen sollen Nickelgeschirre nicht verwendet werden.

1147. ***Nachforschung über eine in Folge der öffentlichen Impfung aufgetretene ansteckende Krankheit.*** *Von Dr.* ***L. Schmitz*** *in Malmedy. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. N. F. L. Suppl.-H. 1889, pag. 122. — Schmidt's Jahrb. 1889. 10.)*

Nach bestimmten Impfungen, welche mit animaler, angeblich unter allen Vorsichtsmassregeln bereiteter Impfpaste vorgenommen waren, trat im vorliegenden Falle bei fast allen der 43 Erst- und 39 Wiederimpflinge bereits nach 3—4 Tagen schmerzhafte Anschwellung des bezüglichen Armes auf. Die Impfpusteln wurden sehr gross, brachen bald auf und entleerten reichlich eine eiterartige Flüssigkeit. Wo diese hingelangte, entzündete sich die Haut. Von der zweiten Woche an bildeten sich an den verschiedensten Stellen des Körpers, zumal in der Nähe des geimpften Armes, bei einzelnen Kindern über den ganzen Körper verbreitet, eine Menge mit Flüssigkeit angefüllter Blasen, von Erbsengrösse bis zu schwappenden haselnussgrossen Blasen wechselnd, welche aufbrachen und dann eiternde Stellen hinterliessen. Inzwischen waren die Impfpusteln am Arme in eiterige Geschwüre übergegangen, welche nach langdauernder Eiterung schliesslich unter tiefer Narbenbildung heilten. Die Dauer der Krankheit war verschieden lang, je nachdem die Kranken stärker oder minder stark von dem Blasenausschlage befallen wurden, in einzelnen Fällen waren die Kinder noch nach 6 Wochen bettlägerig. Aus einer einer Kranken entnommenen Eiterkruste gelang es *Schmitz*, nach den üblichen bacteriologischen Verfahrungsweisen drei verschiedene Mikroorganismen zu züchten, auch mittelst der Reincultur der einen an sich selbst Bläschenbildung hervorzurufen. Verf. verlangt grösste Vorsicht bei animaler Lymphe, — Auswahl des Impfthieres, Vorsichtsmassregeln bei Lymphabnahme — und staatliche Beaufsichtigung der Privat-Lymphbereitungsanstalten.

1148. ***Gesundheitsschädliche Verhältnisse in Zündhölzchenfabriken.*** *(Bericht der Gewerbe-Inspectoren. Wien 1889.)*

Geradezu erschreckliche Zustände waren in 8 Zündhölzchenfabriken. Die meisten derselben konnten sich mit einer Betriebsbewilligung nicht ausweisen. Die österreichische Ministerial-Verordnung vom 17. Jänner 1885, R. G. Bl. Nr. 8, durch welche zum Schutze der bei Erzeugung der Phosphorzündwaaren beschäftigten Personen bezüglich der Betriebsanlagen, Einrichtungen und Vorkehrungen Anordnungen getroffen werden, war in keiner Weise



berücksichtigt. Die Räume wurden nie gelüftet, ja es wurden im Gegentheile alle, selbst die kleinsten Oeffnungen in Mauern, Thüren und Fenstern ängstlich verstopft. Der Abfall fand sich massenhaft angehäuft. Die einzelnen Räume, wie der Phosphormassa-Erzeugungsraum, der erste und zweite Tunkraum, der Trocken- und Packraum waren nicht durch Zwischenmauern getrennt. Die im höchsten Grade schädlich wirkenden Gase aus den Trockenräumen wurden durch Fensterchen nach aussen geleitet und drangen wegen unmittelbarer Nachbarschaft der Trockenkammern auch in die schon mit einer giftigen Atmosphäre geschwängerten Arbeitsräume. Wenn, was häufig geschieht, sich ein Theil der im Trockenraum zum Trocknen befindlichen Hölzchen entzündete, wälzte sich der Qualm auch in die Arbeitsräume. Es musste wegen der unausbleiblichen Schädigung der Gesundheit peinlich berühren, die Arbeiter über der heissen Tunkpfanne arbeiten zu sehen. Das Bleihyperoxyd wurde in der nächsten Nähe, ohne jede Vorsicht, erzeugt und die sich bildende salpetrige Säure, welche sich in schweren rothbraunen Dämpfen entwickelt, vermehrte die Schädlichkeit. Die geradezu selbstverständliche Vorsicht, die Phosphormasse in einem geschlossenen Gefässe zu erzeugen, und die sich entwickelnden Gase in die Esse abzuleiten, ferner das Tunken bei Verwendung einer Vorrichtung vorzunehmen, bei deren Anwendung die Gase ebenfalls in die Esse abgeleitet werden, fanden sich ausser Acht gelassen. Zur Vervollständigung dieses Bildes diene noch, dass in einem dieser Betriebe ein 8jähriges Mädchen beschäftigt wurde und dass gerade wegen Nichtbeachtung der Bestimmung der obcitirten Ministerial-Verordnung die Phosphornecrose 43 Opfer gefordert hatte; unter den Erkrankten befand sich auch ein 13jähriger Knabe. Die Gewerbebehörde hat denn auch den Weiterbetrieb der in Rede stehenden Anlagen von der entsprechenden Reconstruction der Betriebsräume und Befolgung der bestehenden Vorschriften abhängig gemacht. *Dr. E. Lewy.*

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

1149. *Dürfen syphilitisch-inficirte Aerzte ihre ärztliche Thätigkeit fortsetzen?*

*Von Prof. **A. Neisser** (Breslau).*

(Centralblatt für Chirurgie. 1889. 39.)

Den Anlass zu der vorliegenden Erörterung bot eine Anfrage des Dr. *S.* im Centralblatt für Chirurgie, Nr. 13 dieses Jahres an die Collegen. Er wünschte eine Ansicht darüber zu hören, inwieweit Aerzte, speciell Chirurgen und Geburtshelfer, wenn sie selbst syphilitisch inficirt seien, ihren Patienten gefährlich werden könnten, inwieweit sie demgemäss sich eine Beschränkung in der Ausübung ihrer ärztlich-praktischen Thätigkeit auferlegen müssten. College *S.* stellt dabei die Behauptung auf, dass die Gefahr der Syphilisübertragung seitens



kranker Aerzte noch viel grösser und beträchtlicher sei, als in der Ehe zwischen Eheleuten. In der That bieten die Wundfläche und speciell die bei geburtshilflichen Operationen freiliegenden Schleimhautoberflächen viel günstigere Verhältnisse für die Aufnahme der Infectionsstoffe dar, als beim geschlechtlichen Verkehr die eine Vorbedingung für die Infection bildenden kleinen Erosionen an den sonst gesunden Schleimhäuten des weiblichen Genitalcanals. Aber andererseits ist doch zu erwägen, dass die Gefahr der Syphilis in der Ehe nicht blos auf unmittelbarer Krankheitsübertragung vom Manne auf die Frau beruht, sondern dass noch hinzutreten alle die schweren Zustände, welche durch die Unterbrechung der Schwangerschaft, Frühgeburten etc. in Folge der Syphilis der Mutter oder der Frucht bedingt sein können — ganz abgesehen noch von der Möglichkeit, dass die Lehre vom Choc en retour, d. h. von der Uebertragung der (patern acquirirten) Syphilis vom Fötus auf die Mutter thatsächlich richtig ist. Man wird also die Infectionsgefahr bei dem in Rede stehenden Verhältniss lange nicht so hoch anschlagen dürfen, als bei dem ehelichen Verkehr.

Dass im Allgemeinen der Chirurg hinsichtlich der Ansteckungsmöglichkeit weniger ängstlich als der Geburtshelfer zu sein braucht, ist kaum zu bezweifeln, da man im grossen Ganzen annehmen darf, dass eine absolute Desinfection und Reinigung in der Geburtshilfe schwerer und unsicherer durchzuführen ist, als bei den gewöhnlichen Operationswunden der Chirurgie.

Geht man auf die Frage näher ein, so sind es folgende Momente, welche für die Beurtheilung, ob ein inficirter Arzt seinen Patienten gefährlich werden könnte, in Betracht kommen.

1. Das Alter, resp. das Stadium der Syphilis. Je jünger die Syphilis des inficirten Individuums, desto grösser ist dessen Infectiosität. Diese Infectiosität besteht, auch ohne dass specifische Efflorescenzen im gegebenen Zeitmomente vorhanden zu sein brauchen; aber die Hauptgefahr der Infection geht doch wesentlich von solchen Efflorescenzen aus, und zwar vom Primäraffect und von den papulösen Efflorescenzen der Frühperiode, unter welcher Form dieselben sich auch auf Haut oder Schleimhaut äussern mögen. Die (Früh-) Periode, in welcher solche papulöse Efflorescenzen auftreten, dauert durchschnittlich 2—3 Jahre, und es wird daher dieser Zeitraum als ein ganz besonders gefährlicher zu betrachten sein. In den nachfolgenden (2—3) Jahren hört die Infectiosität zwar nicht auf, aber es lässt die Bildung der papulösen Frühformen nach. Das Auftreten von Neubildungen in späteren Perioden (Spätperiode) dagegen ist nach keiner Richtung hin ein Beweis dafür, dass eine Infectiosität noch besteht; wir wissen vielmehr, dass weder klinisch, noch experimentell die Infectiosität tertiärer Neubildungen sich hat erweisen lassen. Ebenso vergeblich wie *Diday* mit dem Blute Tertiär-Syphilitischer, hat noch in den allerletzten Jahren in 10 verschiedenen Experimenten *Finger* versucht, mit dem Secrete ulcerirter Gummata Syphilis zu verimpfen. *Neisser* möchte also die tertiären Producte als nicht infectiös betrachten. Demnach spielt das Alter der Syphilis für die Beurtheilung der Infectiosität eine wesentliche Rolle, ähnlich wie für die Dauer der Vererbungsfähigkeit.



2. In hohem Masse modificirend auf den Grad der während der ersten 2—4 Jahre vorhandenen Infectiosität und auf die Dauer ihres Bestehens wirkt eine sorgfältige und ausreichende Behandlung. Es ist hier nicht am Platze, dieses in den letzten Jahren so häufig besprochene Thema noch einmal zu discutiren. *Neisser* vertritt die Ansicht, jeden Kranken gleichmässig einer intensiven, über Jahre sich erstreckenden Behandlung zu unterziehen, und glaubt sicher, dass eine solche Behandlung ganz wesentlich die Dauer des infectiösen Stadiums herabsetzt — auch schon weil das Virus selbst direct durch die mercurielle Cur angegriffen, gemildert und beseitigt wird. Es ist zweifellos und allgemein anerkannt, dass die Infectiosität, wie sie sich als Vererbung manifestirt, in der deutlichsten Weise durch die mercurielle Cur beeinflusst wird, eine Thatsache, welche nicht blos nach Verf. für die Behandlung der Vererbungsfähigkeit, sondern für die der Infectiosität überhaupt zu verwerthen ist.

3. Abgesehen von diesen allgemeinen Gesichtspunkten, kommt nun für die Entscheidung der Frage in Betracht, ob ein Arzt an seinen Händen Efflorescenzen, und zwar aus der Frühperiode trägt, also entweder den Primäraffect oder papulöse Gebilde, Paronychien etc. Solche Efflorescenzen sind bekanntlich im höchsten Grade gefährlich. Freilich, so lange sie mit trockener, von Hornlamellen bedeckter Oberfläche bestehen, werden sie kaum zu inficiren im Stande sein. Aber dem Schutze einer solchen Deckschicht auf einer Efflorescenz wird man wohl kaum vertrauen, denn sie kann sehr leicht durch langes Manipuliren in Flüssigkeiten abgelöst werden, und schliesslich ist eine Schnitt- oder Risswunde an solchen Efflorescenzen ganz besonders zu fürchten. Eine solche Wunde fördert Lymphe, Gewebsbestandtheile, Blut auf die Oberfläche, und es ist klinisch wie experimentell festgestellt, dass auf diese Weise Syphilisübertragung mit Leichtigkeit zu Stande kommen kann.

Das Bestehen von Efflorescenzen an den Händen wird also als stricte Contraindication gegen die Ausübung praktischer operativer Thätigkeit zu gelten haben, sofern es nicht gelingt, in sicherer Weise mechanisch durch Pflaster, Collodium die Krankheitsherde absolut abzuschliessen. *Bergh* weist auf kleinere und grössere locale Endemien hin, die in solcher Weise entstanden sind. Ebenso finden sich bei *Bäumler* Berichte über Infectionen von Wöchnerinnen durch Hebammen.

4. Bei Weitem nicht auf gleicher Stufe bezüglich ihrer Gefährlichkeit stehen die nichtsyphilitischen Hauterkrankungen: Pusteln Eczeme, Rhagaden etc. an den Händen Syphilitischer. Verf. glaubt diese Verhältnisse erwähnen zu müssen. Es steht fest, dass auf dem Wege der sogenannten Provocation ursprünglich nicht syphilitische Dermatosen der Ausgangspunkt für eine Syphilisinfection werden können. Freilich ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine solche Möglichkeit sich thatsächlich ereignen werde, sehr gering. Aber bei der Frage, wie man sich im einzelnen Falle verhalten solle, muss auch schon die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, und demgemäss sind auch die nichtspecifischen Affectionen für die Beurtheilung der vorliegenden Frage zu beachten, um so mehr, als es durch die vorhandenen Läsionen



leicht zu Lymph- wie zu Blutaustritt an den Händen kommen kann. Diese Möglichkeit des Blutaustrittes führt aber zu dem schwierigsten Punkt dieser ganzen Frage: Ist das Blut eines syphilitischen Individuums — natürlich handelt es sich nur um die ersten Jahre der Infection — auch an sich infectiös oder nicht?

Diese Frage der Blutinfectiosität ist nach keiner Richtung hin gelöst. Zwar liegen Impfversuche vor, in welchen ganz gesunden Hautstellen syphilitischer Individuen entnommenes Blut, auf gesunde Individuen übertragen, Syphilis hervorbrachte. In allen diesen Versuchen aber gab man sich nach allen Richtungen hin Mühe, grössere Massen von Blut durch Verreiben, Aufbinden von blutgetränkten Charpiebäuschchen, subcutane Injection in möglichst innigem Contact mit den Geweben des zu Inficirenden zu bringen. Selbst von diesen forcirten Infectionsversuchen misslang fast die Hälfte. — Dabei kommt noch in Betracht, dass das Blut solchen Individuen entnommen war, welche noch die frischesten und ausgesprochensten Erscheinungen papulöser Syphilis an sich trugen. Abgesehen also von der Möglichkeit, dass eine latente Syphilis nach dieser Richtung hin weniger bedenklich sein dürfte, spielt vielleicht auch die Menge des verimpften Blutes und die Art der Verimpfung eine besondere Rolle. In Bezug auf das erste Moment erinnert *Neisser* daran, dass er z. B. bei der Lepra ähnliche Verhältnisse wohl kennt; während das Blut Lepröser gewöhnlich bacillenfrei ist, scheint es während gewisser erysipelartiger Eruptionen, welche der Entstehung lepröser Neubildungen vorauszugehen pflegen, Bacillen zu führen. Es wäre leicht möglich, dass bei der Syphilis das Blut nur zu ganz bestimmten Epochen (bei frischen Eruptionen) das Syphilisgift führte, während dasselbe sonst abgekapselt in Drüsen oder anderwärts deponirt wäre. — Was aber die Art und Weise der Infection anbetrifft, so könnte höchstens eine grosse Schnittwunde, welche viel Blut auf die Wundfläche des Operirten entleert, mit den oben citirten Impfexperimenten verglichen werden.

In solchen Fällen wird es nach den obigen Ausführungen leicht sein, durch sofortige Abspülung die Infection zu verhüten, denn je geringer die verimpfte Blutmenge, desto geringer die Wahrscheinlichkeit des Erfolges. — Für gewöhnlich wird es sich nur um solch kleine, eben wegen ihrer Kleinheit vom Operateur nicht beachtete Risswunden handeln, durch welche auch nur minimale Spuren von Blut mit den Operationswundflächen in Contact gelangen könnten. Was wissen wir aber über die Infectiosität minimaler Blutmengen?

Man hat sich für 2 Formen der Syphilisübertragung auf solche Blutinfection beziehen zu müssen geglaubt. Einmal erklärte man gewisse Infectionen in der Ehe dadurch, dass zufällig vielleicht erst während eines Coitus entstandene kleine Einrisse die Ansteckung vermittelten. Aber abgesehen von der Thatsache, dass es secundäre specifische Efflorescenzen gibt, welche so unscheinbar sind, dass sie selbst der sorgfältigsten Beobachtung entgehen können, wird von Vielen eine Syphilisinfection dadurch zu erklären versucht, dass die Infection in diesen Fällen nicht direct vom Gatten, sondern auf dem Wege des Choc en retour von dem a patre inficirten Fötus herrühre. Es ist also vor der

Hand unmöglich, die Frage der Blutinfection durch diese Betrachtung zu ergründen.

Nicht mehr als hypothetischen Werth hat auch die Annahme, dass das Menstrualblut inficirter Weiber infectiös wirken könne. Beim Weibe liegt die Wahrscheinlichkeit, dass versteckte Efflorescenzen die eigentliche Infectionsquelle seien, noch viel näher.

Eine zweite Reihe von Fällen, welche als Beweis für die Möglichkeit, dass auch minimale Blutmengen das Syphilisgift beherbergen können, angeführt werden, sind Fälle von Vaccinationssyphilis.

In allen den unglücklichen Fällen von Vaccinationssyphilis wird angegeben, dass die Beimischung von Blut es gewesen sei, welche die gleichzeitige Verimpfung der Syphilis verursacht habe. Nach *Neisser* ist an der Möglichkeit, dass das beigemischte Blut es gewesen sein könne, nicht zu zweifeln; aber eben so möglich ist es, dass auch hier eine Art von Provocation im Boden der Vaccinepustel stattgefunden habe, dass es da bereits zur Bildung kleiner syphilitischer Infiltrate gekommen ist, welche beim Abschaben der Vaccine sich mechanisch beimischten, und dass daher specifische Neubildungselemente, vielleicht auch mit Virus behaftete weisse Blutkörperchen und nicht das Blut als Träger des syphilitischen Virus bei diesen Mischinfectionen fungirten. Ein Beweis für die Infectiosität minimaler Blutmengen ist nach keiner Richtung erbracht; aber man wird — trotz der sehr geringen Wahrscheinlichkeit — aus den oben citirten Impfversuchen die Möglichkeit, dass das Blut (unter Umständen) Syphilisgift führen könne, nicht strict ableugnen können.

Wenn auch die Möglichkeit zugegeben wird, dass in den ersten Jahren nach der Infection eine seitens der Aerzte acquirirte Syphilis, sei es durch syphilitische Efflorescenzen, sei es durch zufällige Dermatosen, ja selbst durch einfachen Blutsaustritt aus gesunder Haut übertragen werden könne, so ist doch die Wahrscheinlichkeit eines solchen Vorkommens auf ein Minimum reducirt bei Berücksichtigung der praktischen Verhältnisse. Alle bekannten Infectionen betrafen Wöchnerinnen, nie chirurgisch behandelte Kranke, und geschahen durch Primäraffecte. Doch dürfte die jetzt mehr als früher auf die extragenitalen Infectionen gerichtete Aufmerksamkeit genügen, um solche Unglücksfälle zu verhüten.

Ferner ist bereits oben darauf hingewiesen worden, dass selbst als solche diagnosticirte syphilitische Efflorescenzen am Finger durch einen Ueberzug so bedeckt werden können, dass eine Infection kaum stattfinden dürfte.

Eben so sehr ist aber wiederholt zu betonen, welchen wesentlichen Einfluss eine sofortige energische allgemeine Syphilisbehandlung für die Beseitigung der Infectiosität haben wird. Dabei wird auch die locale Behandlung, nicht nur syphilitischer Efflorescenzen, sondern auch anderweitiger Dermatosen in jedem Falle von wesentlichem Nutzen sein. Einfettungen, besonders aber die Benutzung alkoholischer Desinfectionslösungen oder des Alkohols als Waschmittel nach jeder Application wird gewiss viele vor den fortwährenden Eczemrecidiven schützen, welche nicht nur des Eczems, sondern bei inficirten Aerzten auch der



Luesgefahr wegen eine Ausführung ärztlicher Operationen fast unmöglich machen. *Neisser* ist daher der Ansicht, dass er nur in den allerseltensten Fällen für den Arzt nöthig sein wird, seine Thätigkeit wegen einer Syphilisinfection ganz zu unterbrechen. Man wird es freilich bei der nicht wegzudisputirenden Möglichkeit, dass eine Infection zu Stande kommen könne, der Verantwortung jedes Einzelnen für jeden einzelnen Fall überlassen müssen, zu beurtheilen, inwieweit einerseits die Efflorescenzen eine besondere Gefährlichkeit bedingen, und andererseits Schutzmassregeln die Patienten vor der Syphilisinfection bewahren können. Jeder Fall wird für sich zu prüfen und zu beurtheilen sein.

Thatsache ist, dass (abgesehen von den besprochenen Fällen, in denen Primäraffecte die Lues übertrugen) noch kein Fall bekannt ist, in dem Aerzte oder Hebammen ihre eigene Krankheit bei operativen oder geburtshilflichen Eingriffen ihren Kranken unmittelbar übertrugen, während mittelbar — durch inficirte Instrumente etc. — sehr viele Infectionen entstanden sind.

Was für Aerzte gilt, gilt freilich nicht in gleicher Weise für Hebammen. Wo Hebammen, z. B. in Kliniken und geschlossenen Anstalten, unter täglicher ärztlicher Controle stehen, wird man ähnlich verfahren dürfen. Sonst aber wird man bei diesen Personen, deren medicinischem Judicium man überhaupt nicht, deren Gefühl von Verantwortlichkeit man nur sehr wenig vertrauen darf, strenger vorgehen müssen — auch hier freilich nicht in allgemeinen Vorschriften, sondern von Fall zu Fall, je nach dem Charakter und der Zuverlässigkeit der Einzelnen.

—r.

Literatur.

1150. ***Die Krankheiten der Frauen.*** *Aerzten und Studirenden geschildert von Dr. **Heinrich Fritsch,** o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, geh. Medicinalrath u. Director der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage mit 181 Abbildungen. Berlin. Verlag von Friedrich Wreden. 1889.*

Auch die neue Auflage dieses trefflichen Lehrbuches (*Wreden's* Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher) vereinigt den Vorzug präciser Darstellung mit Knappheit der Form und zeigt den Meister, der nicht multa, sondern multum zu lehren versteht. Frei von jeder breiten theoretischen Erörterung, findet der Anfänger und nicht nur dieser, sondern jeder praktische Arzt in dem Buche alles Positive, das die Gynäkologie auf ihrem heutigen Standpunkte bietet, und namentlich ist die Therapie vorzüglich berücksichtigt. Wenn der Verf. dabei das Hauptgewicht auf die sogenannte kleine Gynäkologie, auf jene operativen Eingriffe legt, welche jeder praktische Arzt jetzt beherrschen muss, und die grossen gynäkologischen Operationen nur kurz beschreibt, so entspricht das vollkommen der Tendenz des Buches. Wie trefflich aber Verf. es versteht, in gedrängter Kürze das Wichtigste darzulegen, zeigt beispielsweise das Capitel „Gynäkologische Antisepsis". In der neuen Auflage hat das Capitel über Myome eine durchgreifende Umarbeitung



speciell mit Bezug auf neue Operationsmethoden erfahren, ebenso die Erörterung der Hysterie, wobei sich der Verf. bezüglich der Zulässigkeit der Castration gegen Hysterie noch ablehnender verhält als in der vorigen Auflage des Buches und sich auch gegen die moderne Hypnose ausspricht: „Die Hypnose ist ein viel schlimmerer pathologischer Geisteszustand als die Hysterie.“ Jeder praktische Arzt sollte sich auch einen anderen Ausspruch des Verf. bei der Therapie der Hysterie wohl merken: „Macht nicht ein Genitalleiden aus rein somatischen Gründen eine gynäkologische Behandlung nöthig, so unterbleibt zunächst am besten alles Manipuliren an den Genitalien.“ Solchen werthvollen aphoristischen Aussprüchen begegnet man öfter in diesem Buche, das wir allen Praktikern bestens empfehlen können. *Prof. Kisch.*

1151. ***Handbuch der Hygiene.*** *Von Dr.* ***J. Uffelmann,*** *o. ö. Professor u. Vorstand des hygienischen Institutes an der Universität in Rostock. Mit zahlreichen Holzschnitten. Zweite Hälfte. Wien u. Leipzig. 1890. Urban & Schwarzenberg.*

Das von uns bei seinem Erscheinen in der Nummer vom 1. Juni dieses Jahres dieser Zeitung angezeigte Handbuch der Hygiene liegt nunmehr zu Ende geführt vor. Wenn wir früher die originelle Anlage des Werkes hervorgehoben haben, so müssen wir diesmal noch der Vollständigkeit und Gründlichkeit desselben gedenken. Wer die reichen Beziehungen der Hygiene zu den verschiedenen Einrichtungen des öffentlichen und privaten Lebens kennt, wird das Streben des Autors, nichts von dem unerörtert zu lassen, was in das Gebiet der Hygiene einschlägt, dankbar anerkennen. Im vorliegenden Theile werden im IX. Capitel als „Hygiene der Ortschaften“ besprochen: die Aptirung des Terrains, Anlagen der Strassen und Plätze, die zur Beseitigung von unreinen Abgängen gebräuchlichen Systeme (Abfuhr, Canalisation, gesetzliche Bestimmungen, betreffend die Flussverunreinigung, Reinigung städtischer Abwässer); die nun folgenden Capitel (X—XIX) behandeln: Begräbnisswesen; Krankenpflege (Hebammenwesen, Geheimmittelverkehr); Spitäler; Aetiologie und Prophylaxis der Infectionskrankheiten; specielle Infectionskrankheiten; Hygiene des Kindes; Schulhygiene; Gewerbe- und Berufshygiene; Hygiene der Gefangenen; Hygiene der Reisenden *a*) auf Eisenbahnen, *b*) auf Schiffen. Bei vollkommener Beherrschung der überaus reichen Literatur gibt uns der Verf. ein mit sachgemässem nüchternen Urtheile geschriebenes Handbuch, welches dem im öffentlichen Dienste stehenden Praktiker sowohl wie dem Studirenden als sicherer Führer auf diesem Gebiete dient. Dem praktischen Bedürfnisse entsprechend werden die verschiedenen Regulative, die Diätordnungen, die statistischen Angaben über Morbidität und Mortalität bei den verschiedenen Gewerben und die ziffermässigen Angaben überall dort, wo sie für ein hygienisches Eingreifen von Wichtigkeit, mitgetheilt. Die hygienischen Untersuchungsmethoden theilt Verf. am Schlusse der einzelnen Capitel im Kleindruck mit; sie sind in Rücksicht darauf, dass das Ausführen der meisten hygienischen Untersuchungen nur in den hierzu eingerichteten Laboratorien gelehrt und geübt werden könne, in Form klar und kurz gehaltener Vorschriften gehalten. Sorgfältig ausgeführte Illustrationen, erschöpfende Literaturangaben und ein ausführliches Register vermehren die praktische Brauchbarkeit des ausgezeichneten Werkes. *Loebisch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1152. ***Ueber primäre acute Encephalitis.*** *Von Prof. Dr.* ***Adolf Strümpell*** *in Erlangen. Vortrag, gehalten in der Section für innere Medicin der 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. 42.)*

Während die primär auftretenden acuten und chronischen Entzündungen in der Pathologie des Rückenmarks eine ziemlich grosse Rolle spielen, ist die Lehre von der primären Encephalitis noch eine äusserst lückenhafte und ungeordnete. Ob es überhaupt im Gehirn umschriebene primäre chronisch-entzündliche Processe gibt, welche der chronischen transversalen Myelitis gleichzustellen sind, erscheint noch vollkommen fraglich. Sicher anzunehmen ist aber das Vorkommen von primären acuten Entzündungen der Gehirnsubstanz, obwohl auch in dieser Beziehung die verwerthbaren thatsächlichen Erfahrungen noch sehr gering an Zahl sind. Primäre eiterige Encephalitis (primärer Gehirnabscess) kommt nach meinen Erfahrungen zuweilen zur Zeit einer Epidemie von Cerebrospinalmeningitis vor. Da auch bei der gewöhnlichen Cerebrospinalmeningitis nicht selten einzelne, von den Meningen weit entfernt liegende kleine Abscesse in der Gehirnsubstanz selbst gefunden werden, so liegt die Annahme nahe, dass unter Umständen die Krankheitserreger direct in die Gehirnsubstanz eindringen können und hier eine Eiterung bewirken, ohne dass die Meningen betheiligt zu sein brauchen. Der sichere Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung würde freilich erst dadurch geliefert werden können, dass man in dem Eiter der Gehirnabscesse die specifischen Krankheitserreger der epidemischen Meningitis nachweist. Von den verschiedenen Formen der nicht eiterigen primären acuten Encephalitis ist zunächst die von *Wernicke* beschriebene Poliencephalitis im Gebiete der Augennervenkerne zu nennen. *Thomsen* hat neuerdings ganz ähnliche Fälle beschrieben, so dass man es hierbei sicher mit einer klinisch und anatomisch wohl charakterisirten Krankheitsform zu thun hat, über deren ätiologische Stellung freilich noch nichts Bestimmtes bekannt ist. Eine zweite Form der primären Encephalitis, deren eigenartige Stellung mir schon aus klinischen Gründen erweisbar erscheint, ist die acute Encephalitis der Kinder, auf deren nahe Beziehungen zur spinalen Kinderlähmung ich schon früher hingewiesen habe. Wenn die Abgrenzung dieser Encephalitisform bisher noch nicht allgemein anerkannt ist, so liegt dies namentlich an der unwissenschaftlichen Vermengung nicht zu einander gehöriger Krankheitsfälle. Denn selbstverständlich kann es Niemandem in den Sinn kommen, alle Fälle von Hemiplegie, welche bei Kindern vorkommen, auf denselben Krankheitsprocess beziehen zu wollen. Ebenso wie bei Erwachsenen, können selbstverständlich auch bei Kindern durch sehr verschiedenartige anatomische Vorgänge Hemiplegien hervorgerufen werden. Auf eine Encephalitis können wir aber nur diejenigen Hemiplegien beziehen, deren Eintritt allgemein fieberhafte Krankheitserscheinungen, ähnlich wie bei der Poliomyelitis, vorhergehen. Der Name „cerebrale Kinderlähmung" hat also nur dann einen Sinn, wenn man ihn nicht ganz allgemein für alle möglichen im Kindesalter auftretenden cerebralen Lähmungen, sondern blos für diese eine bestimmte Art von Lähmungen gebraucht, wie Aehnliches ja auch beim Gebrauch des Namens „spinale Kinderlähmung" der Fall ist. Ausser den genannten Arten der Encephalitis gibt es auch eine bei Erwachsenen vorkommende echte acute primäre Gehirnentzündung. Obwohl einzelne Fälle dieser Art schon manchen

Beobachtern vorgekommen sein mögen, hat diese Krankheit sich doch durchaus noch kein eigentliches Bürgerrecht in der Pathologie erworben, und selbst in den ausführlichsten neueren Abhandlungen über Gehirnerkrankungen wird man vergeblich nach einer zusammenfassenden Darstellung dieser Krankheitsform suchen. Um eine häufige Krankheit handelt es sich auch jedenfalls nicht. Denn trotz des grossen Krankenmaterials an der Leipziger Klinik erinnere ich mich von meiner früheren Leipziger Thätigkeit her keines einzigen derartigen Falles. Dagegen habe ich in Erlangen im Verlauf der letzten Jahre zwei derartige Fälle beobachtet, welche mir das Vorkommen einer echten primären acut-hämorrhagischen (nicht eiterigen) Encephalitis vollkommen beweisen. Die Erkrankung betraf das eine Mal einen jungen, vorher ganz gesunden und kräftigen Mann von ca. 25 Jahren, das andere Mal einen Mann in bereits vorgerückterem Lebensalter. Beide Male hatte die Krankheit sehr rasch mit den schwersten Gehirnerscheinungen begonnen. Die Patienten wurden völlig bewusstlos mit hohem Fieber in die Klinik gebracht. Eine bei Beiden nachweisbare Hemiplegie liess zwar eine acute Gehirnerkrankung diagnosticiren, als deren nähere Art aber jedes Mal von mir fälschlich eine embolische Erweichung, resp. eine Gehirnblutung angenommen wurde. In beiden Fällen trat nach wenigen Tagen der Tod ein, und die von Herrn Collegen *v. Zenker* vorgenommene Section ergab statt eines der erwähnten vermutheten Processe in der einen Hemisphäre, hauptsächlich in der weissen Substanz des Centrum semiovale, mehrfache grosse encephalitische Herde, in denen die Gehirnsubstanz theils mehr gelblich, theils grauröthlich verfärbt, serös durchfeuchtet, mässig erweicht und durch zahlreiche kleinste Blutungen bunt besprenkelt erschien. Eine Gefässembolie, nach welcher besonders gesucht wurde, war sicher nicht vorhanden. Dagegen ergab die spätere mikroskopische Untersuchung der erhärteten kranken Stellen echt entzündliche Veränderungen, insbesondere überall Erweiterung der Gefässe und reichliche Umlagerung derselben mit ausgewanderten weissen Blutzellen. An manchen Stellen fanden sich umschriebene grössere Herde von Leukocyten und zahlreiche capillare Hämorrhagien. Eine ausführlichere Beschreibung der beiden Fälle wird an einem anderen Orte erfolgen. Welche ätiologische Stellung derartige Fälle primärer acut-hämorrhagischer Encephalitis einnehmen, muss noch völlig dahingestellt bleiben. Möglicherweise hängen sie mit der infantilen Encephalitis zusammen, wie ja die infantile Poliomyelitis gelegentlich auch bei Erwachsenen vorkommen kann, möglicherweise haben sie aber auch eine selbstständige Bedeutung. Dass man bei einer derartig acut-fieberhaft verlaufenden Erkrankung zunächst an infectiöse Einflüsse denken muss, liegt auf der Hand. In einem unserer Fälle wurden auch Züchtungsversuche mit dem entzündeten Gewebe vorgenommen, welche indessen ohne Resultat blieben. Auch in den nach der *Gram*'schen Methode gefärbten Schnitten konnten keine Mikroorganismen nachgewiesen werden.

Kleine Mittheilungen.

1153. ***Gegen Wasserscheu*** wird auf der Skye-Insel nach „The british and. col. Drug." folgendes Mittel angewendet: Eine Handvoll Stechapfelblätter (Datura Stramonium) wird in einer Pinte Wasser gekocht, bis die Masse auf die Hälfte reducirt ist, worauf man durchseiht und das Ganze auf einmal eingibt; bei Schlingbeschwerden muss es dem Patienten nöthigenfalls mit Gewalt



beigebracht werden. Die Drogue zeigt in kurzer Zeit eine heftige Wirkung, heftige Paroxysmen und reichlichen Schweiss. Darauf folgt durch acht Stunden andauernder Schlaf und der Patient ist von der Rabies befreit. (Pharmac. Post. 1889. 43.)

1154. *Neue Art der Verabreichung des Leberthrans.*

Gubb in London hat die Mischung des Leberthrans mit wässerigem Malzextract vorgeschlagen. Es muss dasselbe reich an Diastase sein; es entsteht eine vollkommene Lösung, die auch unter dem Mikroskope keine Fettkörperchen erkennen lässt. Der unangenehme und widerliche Geschmack des Leberthrans wird vollkommen verdeckt, weshalb nach *Gubb* die Kinder diese Mischung auch gerne nehmen. (Pharmac. Post. 1889. 43.)

1155. *Augenkrankheit eines Schülers nach Beobachtung einer Sonnenfinsterniss.* *Von Dr. Magawly. Sitz. d. Petersb. ärztl. Gesellschaft. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1889. 4. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1889. September.)*

Dieselbe bestand in einem centralen Skotom für Roth, während Weiss gesehen wurde, und Herabsetzung der S auf $^{4}/_{10}$, bei normalem ophthalmoskopischen Befund. Durch Dunkelcur und späteren Gebrauch einer blauen Schutzbrille erfolgte völlige Genesung.

1156. *Behandlung der croupösen Pneumonie mit Calomel.* *Von Dr. Enrico Pieragnoli. (Lo Sperimentale. 1889. Juni. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889. 11.)*

Verf. plaidirt für die Anwendung des Calomels in Verbindung mit Opium bei der croupösen Pneumonie. Er vermeidet Expectorantia in den ersten Tagen der Krankheit. Von 15 Kranken, die Calomel bekamen, starb nur einer. Ebenso günstig war der Verlauf der Krankheit bei Kindern. Der Verlauf der Pneumonie war bei Anwendung des Calomels ein milderer, die Infiltration wurde weniger fest und das Wandern derselben geringer. Auch das Auftreten der Diarrhöe schien auf den Verlauf von günstigem Einflusse zu sein.

1157. *Mundwasser.*

Dr. W. D. Miller empfiehlt in seinem Werke „Die Mikroorganismen der Mundhöhle" zur Reinigung des Mundes nach vorhergegangener gründlicher Reinigung der Zähne mittelst der Zahnbürste folgendes Mundwasser:

Thymol	*0·15*
Benzoesäure	*3·00*
Quecksilberchlorid	*0·60*
Eucalyptustinctur	*15·00*
Pfefferminzöl	*0·75*
Alcohol	*100·00*

Von dieser filtrirten Lösung wird, was auf deren Signatur beim Anfertigen und Verkauf seitens der Apotheker als Gebrauchsanweisung zu drucken ist, soviel in ein Weinglas voll Wasser gethan, als genügt, eine deutliche Trübung zu verursachen. Mit dieser Mischung wird die Mundhöhle zweimal hintereinander ausgespült. Es wird dadurch eine vollkommene Sterilisirung erreicht und der Gehalt an $HgCl_2$ ist in der Verdünnung ein so geringfügiger, dass der tägliche Gebrauch dieses Wassers unbedenklich ist. (Pharmac. Rundschau. 1889. October.)

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Baginsky, Dr. Adolf, Privat-Docent der Kinderheilkunde an der Universität in Berlin. Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende. Dritte vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1889. *Wreden's* Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. VI. Band.

Daubler, Dr. med., Stabsarzt a. D. der kgl. niederländ.-ostind. Armee. Norwegen und dessen klimatische Heilmittel. Ein klimatologisch-medicinischer Leitfaden. Berlin SW. (48) 1889, Verlag von Carl Habel (C. G. Lüderitz'sche Verlagsbuchhandlung), 33 Wilhelmstrasse.

Eichhoff, Dr. F. J., Oberarzt der Abtheilung für Hautkrankheiten etc. in der städtischen Krankenanstalt zu Elberfeld. Ueber Seifen. Mit besonderer Berücksichtigung und Angabe von neuen medicinischen Seifen. (Dermatolog. Studien. II. Reihe, 1. Heft.) Hamburg u. Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1889.



Eichhorst, Dr. Hermann, o. ö. Prof. der speciellen Pathologie und Therapie und Director der medicinischen Universitätsklinik in Zürich. Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. Band I. Untersuchung der Haut und Temperatur, des Pulses und der Respirationsorgane. Mit 149 Abbildungen in Holzschnitt. Band II. Untersuchung des Circulationsapparates der Abdominalorgane und des Nervensystems. Mit 118 Abbildungen in Holzschnitt. Dritte Auflage. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1889. *Wreden's* Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Band II und III.

Elsner, Dr. Fritz. Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungsmitteln und Gebrauchsgegenständen, Handelsproducten, Luft, Boden, Wasser, bei bakteriologischen Untersuchungen, sowie in der gerichtlichen und Harn-Analyse. Ein Hilfsbuch für Chemiker, Apotheker und Gesundheitsbeamte. IV. umgearb. u. verm. Auflage. Mit 139 Abbildungen im Text. Hamburg u. Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1889.

Fritsch, Dr. Heinrich, o. ö. Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie, Geheimer Medicinalrath und Director der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau. Die Krankheiten der Frauen. Aerzten und Studirenden geschildert. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 181 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1889. *Wreden's* Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Band I.

Fuchs, Dr. Ernst, o. ö. Prof. der Augenheilkunde an der Universität zu Wien. Lehrbuch der Augenheilkunde. Mit 168 Holzschnitten. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1889.

Graetzer, Dr. med. Eugen, prakt. Arzt in Sprottau. Krankheits-Typen der inneren Medicin. Medicinische Uebungsbücher. Band I. Berlin, Spittelmarkt 2 Neuwied a. Rhein, Heusler's Verlag (Louis Heusler), 1889.

Klein, Dr. Josef, Privat-Docent und Lehrer der pharmaceutischen und analytischen Chemie an der technischen Hochschule zu Darmstadt. Elemente der forensisch-chemischen Analyse. Ein Hilfsbuch für Studirende und kurzes Nachschlagebuch. Mit 9 Abbildungen. Hamburg u. Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1890.

Kobert, Prof. Dr. R., kais. russ. Staatsrath. Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. III. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1889.

Kocher, Prof. Dr. Theodor. Vorkommen und Vertheilung des Kropfes im Canton Bern. Ein Beitrag zur Kenntniss der Ursachen der Kropfbildung. Mit einer Karte des Cantons Bern. Bern, Druck und Verlag von K. J. Wyss, 1889.

Wolffberg, Dr. Louis, Augenarzt in Breslau. Relieftafeln zur Prüfung der Sehschärfe, zur Controle der Beleuchtungsintensität und zu diagnostischen Zwecken. Eine vorläufige Mittheilung. Verlag von Preus u. Jünger, Breslau 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Bei der Stadtgemeinde **Scheles**, Bahnstation daselbst, ist die **Stadtarztesstelle** in Erledigung gekommen, womit ein Jahresgehalt von 250 fl., dann in natura 12 Meter weiches Scheitholz und freies Quartier im Rathhause — und nachdem im Orte selbst, sowie in der Umgebung von 2—3 Stunden kein Arzt und keine Apotheke besteht, die Haltung einer Hausapotheke verbunden ist. Bewerber um diese Stelle haben ihre Gesuche bis längstens 15. December d. J. beim gefertigten Bürgermeisteramte zu überreichen.

Bürgermeisteramt Scheles, am 23. November 1889.

44 **Der Bürgermeister.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1158. ***Ueber den Stoffwechsel und das Coma der Krebskranken mit Bemerkung über das Coma diabeticum.*** *Von Dr. G. Klemperer. (Berl. klin. Wochenschr. 1889. 40.)*

Untersuchungen, die *Klemperer* an 7 Carcinomfällen angestellt hat, zeigten, dass in den meisten Fällen von Carcinom, unabhängig von der Nahrungszufuhr, ein Zerfall von Gewebseiweiss stattfindet. Dieser Befund ist gleichzeitig allen Intoxicationszuständen gemeinsam. Er ist bei der Phosphor-, Arsen-, Antimon-, Kohlenoxydvergiftung längs bekannt und neuerdings auch für die Chloroformintoxication nachgewiesen worden. Ferner findet sich bei jedem schweren infectiösen Fieber, bei dem ja giftige Stoffe im Blute kreisen, eine gesteigerte Ausscheidung von Stickstoff und Verfettung der Organe. Da nun auch bei Krebskranken Verfettung der inneren Organe gefunden worden ist und auch bei diesen, sowie bei den Intoxicationen eine Verminderung der Alkalescenz des Blutes nachgewiesen wurde, so schliesst *Klemperer* aus diesen Analogien zwischen der Krebskrankheit und den Vergiftungen, dass auch im Blute der Krebskranken ein giftiger Stoff kreisen muss und dass das Carcinom demnach eine Intoxicationskrankheit darstellt. Dieser Ueberlegung gemäss ist es das Gift der Krebskrankheit, welches das Gewebseiweiss zum Zerfalle bringt und die gesteigerte Stickstoffausscheidung, die innere Verfettung der Organe und die verminderte Alkalescenz des Blutes bedingt. Dasselbe Gift vermag in einzelnen Fällen auch den letalen Symptomencomplex des Coma hervorzurufen, wie dies an zwei Fällen illustrirt wird.

Nun weiss man auch vom Diabetes, dass in den schweren Fällen eine Steigerung des Eiweisszerfalles stattfindet, sowie eine Verfettung der inneren Organe platzgreift. Obwohl enorme Mengen von Säuren durch den Harn schwerer Diabetiker ausgeschieden wird, glaubt der Verf. trotzdem, dass die Säure nicht die letzte Ursache des diabetischen Comas ist und dass das Coma nicht beseitigt wird, wenn die Säure des Blutes neutralisirt wird. In der That sind ja alle darauf gerichteten therapeutischen Bemühungen fruchtlos geblieben. Dazu kommt noch, dass neuerdings Fälle von Coma diabeticum beobachtet sind, in denen die Alkalescenz des Blutes nicht vermindert war und Oxybuttersäure im Urin fehlte. In jüngster Zeit ist es dem Verf. gelungen, durch längere Verfütterung grosser Dosen von Phloridzin Hunde zuerst diabetisch und dann comatös zu machen. Aus dieser und den früher mitgetheilten Thatsachen schliesst Verf., dass in gewissen Fällen von Diabetes giftige Stoffe im Blute kreisen und dass auch das diabetische Coma durch die directe Wirkung von Toxinen auf



das Gehirn entstehe. Nicht weil sein Blut sauer wird, verfällt der Diabetiker dem Coma, sondern sein Blut wird sauer, weil er comatös wird, weil die Anhäufung der Toxinen eine Steigerung der Eiweisszersetzung zur Folge hat. *Schnirer*, Wien.

1159. ***Zur Lehre vom Erschöpfungsstupor.*** *Inaugural-Dissertation von **A. Schuefer** in Mehna. Jena, Neuenhalm, 1889.*

Nach einem ziemlich erschöpfenden, historisch-kritischen Excurse über den Stupor im Allgemeinen, als hochgradige Herabsetzung der intellectuellen Functionen mit gleichzeitigem Stimmungsmangel, versucht Verfasser den von *Binswanger* aufgestellten Erschöpfungsstupor auf Grund von fünf selbst beobachteten Fällen, die sehr anschaulich beschrieben werden, klinisch zu charakterisiren und differential-diagnostisch zu individualisiren. Das Prodromalstadium der meist allmälig sich entwickelnden Krankheit kennzeichnet sich als ruhe- und schlafloser Zustand, der auch vorübergehend in Tobsucht ausarten und anderseits mit deprimirter Stimmung abwechseln kann. Auch Wahn- und Verfolgungsideen und hypochondrische Grübeleien kommen vor. Das Symptomenbild bewegt sich in einer Reihe verschiedener psychischer und somatischer Störungen. Intellectuell besteht eine hochgradige Trübung des Bewusstseins, ein der Aussenwelt entfremdendes Insichversinken bis zum Grade der vollständigen geistigen Vernichtung, wie bei Dementia acuta. Selbstbewusstsein und Orientirungsfähigkeit können gänzlich verloren gehen. Krankheitseinsicht fehlt meistens. Sinnestäuschungen sind nicht immer vorhanden. Die Störungen des Gemüthslebens bestehen in Gleichgiltigkeit und Theilnahmslosigkeit gegen die Umgebung bis zum vollständigen Stimmungsmangel. Auf dem Gebiete des Begehrens und Strebens herrscht absolute Ruhe, selbst das Nahrungsbedürfniss kann oft gänzlich fehlen. Hiermit können mehr oder weniger lang andauernde Zustände von Lucidität und Aufregung abwechseln. Eine schlaffe ausdruckslose Gesichtsmaske mit seltenen sprachlichen Aeusserungen ist charakteristisch. Die motorische Hemmung besteht in einfacher Regungslosigkeit bis zu vollständiger Passivität. Die idiomusculäre Erregbarkeit ist meist gesteigert. Die Sensibilität ist in der Mehrzahl der Fälle intact. Viele Fälle haben das Gepräge der Vasoparese und Herzschwäche; kleiner Puls, häufige Schweisse, in schweren Fällen profuse Salivation. Die Pupillen weit, prompt reagirend, Zunge zitternd, bisweilen seitlich abweichend. Allgemeine und locale trophische Störungen sind beständige Erscheinungen, ebenso grössere oder geringere Obstipation. Die Erkrankung kann wenige Tage bis viele Monate dauern, und endet am häufigsten in allmälig eintretende, von Rückfällen unterbrochene Genesung, die dann aber eine vollständige ist. Die reinen Formen des Erschöpfungsstupors sind eine recht seltene Psychose, deren Prognose im Ganzen günstig zu stellen ist, denn der endliche Ausgang in Blödsinn ist eine Seltenheit. Die Therapie besteht grösstentheils in der Erfüllung der Indicatio causalis: Bettruhe, raffinirte Diät, wenn nöthig Fütterung, Eisen, Chinin, Massage, Faradisation u. s. w. — Beide Geschlechter werden gleicherweise meist im Alter von 16—30 Jahren hiervon befallen, und zwar nach körperlicher oder geistiger hochgradiger und vor Allem langdauernder Erschöpfung; schwere Krankheiten, Wochenbett,



sexuelle Excesse, Masturbation spielen ätiologisch eine grosse Rolle. Die pathologische Anatomie hat bisher ausser hochgradiger Gehirnanämie nur negative Resultate aufzuweisen. *v. Buschman.*

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1160. ***Cocaïn bei Diabetes mellitus.*** *Von* ***Thomas Oliver.*** *(The Lancet. XV. Vol. II. 1889. — Deutsche med. Wochenschr. 45.)*

Die Beobachtung, dass der Zucker aus dem Urin der Diabetiker gelegentlich verschwindet, wenn sich der Diabetes mit fieberhaften Erkrankungen complicirt, hat Verf. veranlasst, das Cocaïn in seiner Eigenschaft als temperaturerhöhendes Medicament in Anwendung zu ziehen. Unter dem Gebrauche von 0·025 Cocaïn, 3mal täglich, wurde bei einem Diabetiker die tägliche Urinmenge von 16 auf 5 Pints (= circa 8 auf 2·5 Liter) herabgesetzt, während der tägliche Zuckergehalt von 360 auf 70 Grm., das specifische Gewicht des Urins von 1034 auf 1020 herunterging. Als bemerkenswerther Erfolg wird auch des Zurückweichens einer Reihe von die Krankheit begleitenden Symptomen gedacht; besonders zeigte sich das Cocaïn wirksam gegen hartnäckige Constipationen, welche auf die üblichen Purgantien nicht reagirten. Der Kranke wurde dann phthisisch und starb.

1161. ***Formeln älterer und neuerer Mittel gegen Schlaflosigkeit.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1889. 31.)*

Rp. *Kal. brom.*
Natr. brom. aa 8·0,
Ammon brom. 4·0,
Aqu. destill. 200·0.
M. D. S. 3mal tägl. 1 Esslöffel.

Rp. *Kalii bromati 0·25,*
Castor. Canad. 0·06—0·12,
Sacch. alb. 0·3.
M. f. pulv. Disp. tal. dos. No. 10 de ad chart. cerat S. 3mal tägl. 1 Pulv. Gegen nervöse Schlaflosigkeit. *Leyden.*

Rp. *Lactucarii 0·6,*
Gumm. arab. 4·0,
F. c. Aqu. destill. q s.
Emuls. 200·0,
adde
Syr. Aur. 30·0.
M. D. S. Stündl. 1 Esslöffel. *Hildebrand.*

Rp. *Methylal 8·0,*
Aqu. destill. 110·0,
Syr. Ribium 40·0.
S. Abends 1 Esslöffel.

Rp. *Paraldehyd 4·0—6·0,*
Aqu. destill. 100·0,
Syr. simpl. 10·0.
M. D. S. Die Hälfte auf einmal zu nehmen.



Rp. *Phenacetini* 0·5—1·5,
D. tal. dos. No. 6.
S. Abends 1 Pulv. *Jastrowitz.*

Rp. *Sulfonal* 1·0—2·0,
D. tal dos. No. 5.
S. Abends 1 Pulver in Oblaten.

Rp. *Urethan* 6·0,
Aqu. destill. 60·0.
D. S. Abends 1—2 Esslöffel.

Rp. *Urethan* 4·0,
Aqu. detill. 40·0,
Syr. Aur. 20·0.
M. D. S. Esslöffelweise in 1/2—1stdl. Zwischenräumen bis zur gewünschten Wirkung.

1162. ***Ein Fall von Cocaïnvergiftung.*** *Von Reg.-Arzt a. D. Dr.* ***J. Stein*** *in Saaz. (Prager med. Wochenschr. 1889. 32. — Therapeut. Monatsh. 1889. October.)*

Verf. berichtet über das Auftreten von Intoxicationserscheinungen bei einem 2 1/4jährigen Mädchen nach Anwendung eines Cocaïnsuppositorium:

Rp. *Cocain. muriat.* 0·05,
Butyr. Cacao q. s. ut f. suppositor. Nr. III.

Eine Stunde nach Application desselben erwachte das Kind aus dem Schlafe, begann lebhaft mit den Händen herumzuwerfen und beständig zu sprechen. *Stein* fand das Kind 2 1/2 Stunden nach der Anwendung sehr erregt, ängstlich, lebhaft gesticulirend, mit den oberen Gliedmassen Bewegungen nach Art von Choreakranken ausführend und ohne Unterbrechung sprechend. Die Pupillen waren etwas erweitert, der Puls gespannt, nicht auffallend frequent, die Athmung etwas beschleunigt. Nach Anwendung von kalten Umschlägen auf den Kopf beruhigte sich das Kind im Laufe von weiteren vier Stunden und war am folgenden Tage wieder hergestellt.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

1163. ***Ueber die Alkoholtherapie bei Puerperalfieber.*** *Von* ***A. Martin.*** *(Berliner Klinik. H. 16.)*

Den Empfehlungen von *Breisky* (Alkohol) und *Runge* (Alkohol und Bäder) folgend, hat *Martin* in seiner Privatpraxis bei den schwersten Formen septischer Infection mit Peritonitis oder Pyämie mit Metastase und Embolien, in denen eben noch die Möglichkeit einer Therapie übrig blieb, die Alkoholtherapie versucht, und dabei, wie aus den beigegebenen 18 kurz skizzirten Krankengeschichten erhellt, colossale Quantitäten von Alkohol in allen möglichen Formen verbraucht. Der Erfolg dieser seiner Versuche hat ihn zum entschiedenen Anhänger dieser Behandlungsart gemacht, und legt *Martin* seine bezüglichen Erfahrungen im vorliegenden Hefte nieder. Nur 5mal von den 18 Fällen konnte er den Alkohol in den ersten Stadien der Erkrankung in Anwendung bringen; in den anderen 13 Fällen war derselbe das Ultimum refugium, nachdem alle anderen Mittel im Stiche gelassen hatten. Die von



Breisky betonte antipyretische Wirkung des Alkohols ist nun in den meisten Fällen ausgeblieben; vielmehr sieht *Martin* die Wirkung des Alkohols wesentlich wie *Runge* in einer Stärkung der Herzaction und einer Hebung der Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen die verheerenden Wirkungen der Infection. Die von *Runge* empfohlenen Bäder hält er nicht für dringend nothwendig, gibt sie aber dann, wenn der Appetit sehr geschwächt und dabei zugleich die Aufnahmsfähigkeit für Alkohol beschränkt ist. Ob die Bäder den gelegentlichen Abscheu gegen Alkohol zu überwinden vermögen, lässt er dahingestellt. Irgend welche Nachtheile dieser Therapie oder Intoxication durch den Alkohol hat er nie gesehen, trotzdem er enorm grosse Mengen verabfolgt hat. Die unüberwindliche Abneigung mancher Kranken gegen jede Form des Alkohols, und das unstillbare Verlangen mancher anderen setzen ja dieser Therapie leider oft ein schnelles Ziel. Ausdrücklich aber betont der Verfasser, dass man dabei der Nothwendigkeit keineswegs überhoben sei, der localen Indication in localem Eingriffe gerecht zu werden. Der Alkohol ist und bleibt dabei nur ein Stimulans. Schliesslich erklärt *Martin* noch, dass er die Alkoholtherapie für alle Formen des Puerperalfiebers, mag es nun Septicämie oder Pyämie genannt werden, für wohl geeignet hält, und gerade für die schwersten Fälle am meisten. *v. Buschman.*

1164. ***Ueber Entstehung und Therapie des acuten Jodismus.*** *Von Röhmann und Malachowski. (Therapeut. Monatsh. Juli 1889, pag. 301. — Centralbl. f. Chir. 1889. 45.)*

Die heftigen Reizerscheinungen auf den verschiedensten Schleimhäuten, welche so häufig nach dem Gebrauche sowohl von kleinen, als von grossen Dosen Jodkalium beobachtet werden, sind nach Ansicht der Verf. und anderer Forscher durch frei werdendes Jod bedingt. Damit im menschlichen Organismus eine Abspaltung von Jod aus dem Jodkalium durch die Nitrite unter Vermittelung der Kohlensäure stattfinden kann, darf nach den Untersuchungen und Erwägungen der Verf. an dem Orte der Zersetzung kein Alkali vorhanden sein. Zur Entstehung des Jodismus müssen also, da die Kohlensäure überall vorhanden ist, zwei Bedingungen zusammenwirken; es müssen: 1. Nitrite im Organismus circuliren; 2. darf die Reaction in den betreffenden Schleimhäuten nicht alkalisch sein. Für die Therapie des Jodismus ergeben sich daraus zwei Angriffspunkte. Während *Ehrlich* durch eventuell nach 12 Stunden zu wiederholende Einverleibung von 4—6 Grm. Sulfanilsäure die freie salpetrige Säure fortzuschaffen und so den Jodismus zu bekämpfen bestrebt war, gehen die Verf. den anderen Weg und suchen durch grosse Dosen Natr. bicarbonicum (10—12 Grm. auf 2 Dosen vertheilt innerhalb 24 Stunden) alkalische Reaction in den betreffenden Schleimhäuten hervorzurufen. Nach den Erfahrungen der Verf. kommt die Wirkung des Natr. bicarb. auf den Jodismus derjenigen der Sulfanilsäure fast gleich, während dem ersteren Mittel der Vorzug der leichteren Anwendbarkeit und der grösseren Billigkeit zuzuschreiben ist. Durch die seit Anfang 1887 geübte Behandlung mit Natr. bicarb. gelingt es den Verf. „mit Sicherheit innerhalb weniger Stunden stärkere Beschwerden ganz bedeutend zu mildern, leichtere vollständig zum Verschwinden zu bringen“.

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1165. ***Eigenthümliche Augenverletzung eines Schülers.*** *Von Dr. Kotelmann. (Zeitschr. f. Gesundheitspflege. 1889. 5. — Centralbl. f. Augenheilk. 1889. October.)*

Vor Kurzem wurde dem Verf. ein 11jähriger Knabe zugeführt, der mit einem Schulkameraden „Indianerkämpfe" ausgefochten hatte. Dabei hatte ihm sein Gegner den geraden inneren Muskel (Musculus rectus internus) des linken Auges mit einem selbstgefertigten hölzernen Schwerte so scharf abgeschlagen, dass Verf. eine regelrechte Schieloperation vor sich zu haben glaubte. Erst durch Nachfragen wurde er über den Irrthum aufgeklärt. Das durch die Verletzung entstandene Schielen nach aussen liess sich durch Annähen des Muskels leicht wieder beseitigen.

1166. ***Ueber moderne Operationsmethoden der hypertrophischen Gaumenmandeln.*** *Von R. Kafemann. (D. Med.-Ztg. 1889. 23. — Petersb. med. Wochenschr. 1889. 42.)*

Verf. empfiehlt folgendes galvanokaustische Verfahren. Nachdem die Tonsille cocainisirt worden, legt man einen rechtwinkelig abgebogenen Flachbrenner (1 Cm. lang, 0·5 Cm. breit) kalt um die hervorspringende Fläche der Tonsille an, lässt ihn bis zum Rothglühen erhitzen und führt ihn häufig öffnend und schliessend bis tief in die Mandelsubstanz hinein, wo man ihn noch einige Secunden stark rothglühend verweilen lässt. Leicht glühend wird der Brenner entfernt und, wenn es vertragen wird, noch an einzelnen Stellen dieselbe Procedur wiederholt. Darnach 5 Tage Pause, in der bei sonst unverändertem allgemeinen Regime mit einer Thymollösung gespült wird. Nach diesem Zeitraume geht man an die Toilette der Mandel *(Renault)*, die von *Kafemann* etwas modificirt worden ist. *Renault* glättet das durch die Glühhitze morsch, brüchig und anämisch gewordene, in einzelnen Fetzen zerfallene Mandelgewebe mit dem Galvanokauter, *Kafemann* nimmt das zerfallene Gewebe mit der kalten Schlinge auf und cauterisirt wieder. Dasselbe wiederholt er nach 5 Tagen. Eine dreimalige Sitzung ist im Durchschnitt nothwendig.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1167. ***Zur Frage über die Entstehung der typhösen Pneumonie.*** *Von Dr. Justyn Karliński. (Fortschritte d. Med. 15. September 1889. 18.)*

Der Verfasser machte die bisher wenig berührte Frage über die Aetiologie der typhösen Pneumonie zum Gegenstand seiner Untersuchung. Er untersuchte in 9 Fällen von croupöser, den Darmtyphus complicirender Pneumonie post mortem den Lungensaft mittelst der Plattenmethode und es gelang ihm auszumitteln, dass in den 9 Fällen der *Fraenkel-Weichselbaum*'sche Coccus 2mal, der gewöhnliche Eiterungserreger Staphylococcus pyogenes aureus einmal, der Typhusbacillus 2mal in Reincultur und 2mal gemischt mit Streptococcus pyogenes als Erreger zu betrachten sei; der



letztgenannte Pilz ist ausserdem auch 2mal in Reincultur aufgefunden. Nach diesen Ergebnissen nimmt der Verfasser keinen einheitlichen Erreger an und ist vielmehr der Ansicht, dass die bis jetzt zumeist aufgefundenen *Fraenkel-Weichselbaum*'schen Coccen als kurzlebig von den resistenteren Eiterungs- oder Typhuserregern verdrängt wurden. *O. R.*

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1168. ***Ueber das Verhalten einiger pathogener Bacterien im Trinkwasser.*** *Von Dr. Justyn Karliński. Aus dem pathol.-anatom. Institut der k. k. Universität in Innsbruck.*

1169. ***Ueber das Verhalten des Typhusbacillus im Brunnenwasser.*** *Von Dr. Justyn Karliński. Aus dem hygienischen Institut der königl. Universität zu München. (Archiv f. Hygiene. Bd. 9.)*

Die sowohl für die praktische Hygiene wie für die Aetiologie der Infectionskrankheiten wichtige Frage nach dem Verhalten der pathogenen Bacterien im Trinkwasser muss bis jetzt als eine offene betrachtet werden. Die bisherigen Untersuchungen *Wolffhügel-Riedel's* und *Bolton's*, aus denen hervorgeht, dass die pathogenen Bacterien im destillirten und sterilisirten Wasser zu leben, ja unter Umständen sich auch zu vermehren vermögen, können wenig zur Lösung der obigen Frage beitragen, da sowohl destillirtes wie sterilisirtes und im Brutschrank aufbewahrtes Wasser als Trinkwasser im gewöhnlichen Sinne aufgefasst werden könne. Dagegen wies Dr. *C. Kraus* nach, dass die pathogenen Bacterien, wie Milzbrand, Typhus und Cholera, im nicht sterilisirten, die Temperatur eines Trinkwassers zeigenden Wasser binnen sehr kurzer Zeit zu Grunde gehen. Die erstgenannte Arbeit des Verfassers bringt die Bestätigung der Ergebnisse dieser Arbeit. Der Verfasser studirte das Verhalten derselben Bacterien im nicht sterilisirten Wasser eines Brunnens und vier Wasserleitungsgewässern Innsbrucks, indem er die entsprechenden inficirten Wasserproben unter ständiger Temperatur von 8·2° C. hielt, und es gelang ihm zu ermitteln, dass die zur Untersuchung verwendeten pathogenen Pilze sich in dem Wasser weder vermehren, noch überhaupt zu leben im Stande sind. So starben die Typhuskeime unter dem Einfluss der Temperatur und der Wasserbacterien bereits nach 7 Tagen (kleinere Mengen, dem Wasser zugesetzt, konnten schon am 5. Tage als abgestorben betrachtet werden). Die *Koch*'schen Choleravibrionen, in grosser Anzahl dem Wasser zugeführt, vermochten sich unter ständiger rapider Abnahme kaum 3 Tage zu halten, wogegen die sporenfreien Milzbrandbacillen, welche mit dem Blute eines an Milzbrand verendeten Thieres dem Wasser zugesetzt wurden, sehr selten über 3 Tage zu leben vermochten.

In seiner zweiten Arbeit, welche auf Anregung von *Pettenkofer* im hygienischen Laboratorium in München ausgeführt wurde, versetzte der Verfasser seine Laboratoriumsversuche in's Praktische, und zwar studirte er das Verhalten der Typhusbacillen direct im Brunnen. Zu diesem Zwecke wurden verschiedene Mengen von Reinculturen dem Brunnen zugesetzt und die täglich ent-



nommenen Proben durch Plattenverfahren auf das Vorhandensein der zugeführten Typhuskeime untersucht. Gleichzeitig wurden zahlreiche chemische Analysen des Brunnenwassers vor und während der Versuche ausgeführt. Die Ergebnisse dieser Versuchsreihe dürften den Anhängern der Trinkwassertheorie wenig erwünscht sein, indem der Verfasser constatirte, dass sehr grosse Mengen von Typhusculturen, Mengen die unter natürlichen Verhältnissen nie vorkommen, schon nach zweitägigem Verbleiben im Brunnen zu Grunde gehen. So wurden z. B. 5 Liter Bacillen, welche mit Typhuskeimen inficirt waren und in 1 Cubcm. 72 Millionen Typhuskeime enthielten, dem Brunnen zugegossen; die Plattenculturen, die durch 14 Tage fortgesetzt wurden, zeigten schon nach 2 Tagen vollkommenes Absterben der Typhuskeime unter rapider Zunahme der sonstigen Wasserbacterien, für die die Bacillenzugabe sehr erwünscht war und deren Einfluss auf die Wasserzusammensetzung noch lange zu verfolgen war. In Versuchen, bei denen absichtlich die Zugabe eines Nährbodens vermieden wurde, unterlagen die Typhuskeime den im Wasser vorhandenen Sapropbiten in derselben Zeit. *O. R.*

1170. ***Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystemes, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden.*** *Von **Jul. Wagner**. (Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. VIII. Heft 3. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. 42.)*

An Erhängten (Selbstmördern), welche rechtzeitig abgenommen und in's Leben zurückgerufen werden konnten, sind einige interessante Symptome beobachtet worden. *Wagner* bespricht dieselben im Zusammenhange, indem er 17 Fälle aus der Literatur und 2 eigene Beobachtungen heranzieht. Eine Schädigung der Gehirnthätigkeit wird beim Erhängen durch zwei Momente herbeigeführt, ebenso durch die Asphyxie (Anhäufung von CO_2), wie durch den Verschluss der Carotiden (Anämie). Diese Anämie wird bei rechtzeitiger Abnahme der Erhängten für eine Zeit von einer bedeutenden Hirnhyperämie gefolgt — die ihrerseits wieder zu nach der Abknüpfung bemerkbaren Symptomen führt. Der abgeschnittene Kranke ist zunächst bewusstlos. Vor Wiederkehr des Bewusstseins treten meist Convulsionen auf, welche entweder kurze Zeit, aber auch mehrere Stunden lang dauern können. Ihr Charakter ist bald epileptiform, bald mehr tetanisch, es kommen einseitige wie beiderseitige Krämpfe vor. Bisweilen sind auch Gehbewegungen und Reitbahnbewegungen beobachtet worden. Ist nun das Bewusstsein wiedergekehrt, so ist eine Lücke in der Erinnerung zu constatiren, welche meist die Ausführung des Erhängens umfasst, häufig noch weiter zurückreicht. Der Grad der Amnesie scheint in einem gewissen Verhältniss zur Dauer der Bewusstlosigkeit zu stehen. Diese Amnesie retroactive ist in Parallele zu setzen zu jenen Erinnerungsdefecten, welche bei Gehirnerschütterung (Schädeltrauma) und bei Kohlenoxydgasvergiftung beobachtet werden. Endlich kommen nach Strangulationsversuchen auch vorübergehende Aufregungszustände mit einem gewissen Grad von Verworrenheit vor. In zwei Fällen kam es zu einer ausgebildeten Psychose von längerer Dauer (acute Demenz). Andererseits können auch bereits bestehende Geistesstörungen durch den Erhängungsversuch ge-

bessert werden (2 Fälle von den 17); in zwei von *Wagner* beobachteten Fällen wurde Aehnliches beobachtet, einmal Heilung, einmal Besserung der Psychose im unmittelbaren Anschluss an einen Erhängungsversuch.

Literatur.

1171. ***Aerztlicher Bericht des öffentlichen Bezirkskrankenhauses in Sechshaus aus dem Jahre 1888.*** *Wien 1889.*

Der vorliegende, musterhaft gearbeitete Bericht legt gleich seinen in diesen Blättern besprochenen Vorgängern Zeugniss ab, dass das in Rede stehende Krankenhaus sich weit über das gewöhnliche Niveau der sonstigen kleineren Spitäler erhebt, was vom ärztlichen wie vom administrativen Dienste in gleichem Masse gilt. In der äussern Form und Eintheilung des Stoffes gleicht er den Berichten der grossen Wiener Spitäler; an Verwerthbarkeit des Gebotenen steht er ihnen in keiner Weise nach. Von den 4102 in ärztlicher Behandlung gestandenen Kranken verliessen das Spital 2005 geheilt, 908 gebessert, 207 ungeheilt; 717 Kranke starben = 18·68%. Auf die Gesammtsumme der 717 Gestorbenen entfallen 271 Tuberculose; nach Abzug dieser, sowie der sterbend überbrachten (zusammen 428 Fälle) kommen auf alle übrigen Krankheitsformen 289 Todesfälle = 8·19%. Im speciellen Theile ist aus den Berichten der medicinischen und chirurgischen Abtheilung ersichtlich, dass die leitenden Aerzte allen neuen Errungenschaften der Therapie gewissenhaftest Rechnung tragen. Specielle Studien wurden über die Therapie der Tuberculose gemacht, deren Ergebnisse zur Anempfehlung des Creosot führten. Als beste Anwendungsform empfiehlt der Verf. — Primarius von *Kogerer* — die Creosotkapseln, nebenbei Creosotinhalationen, welche Mittel aber womöglich Monate hindurch gebraucht werden müssen. Dem interessanten Berichte der chirurgischen Abtheilung — Primarius Director Dr. *Schopf* — ist eine Tabelle der 233 Operationen dieses Jahres beigegeben, von welchen nur 4 Trepanationen erwähnt werden sollen, die sämmtlich letal endigten. Die durchschnittliche Verpflegsdauer der in den 291 Betten des Spitals untergebrachten Kranken betrug pro Kopf 24·24 Tage; auf jedes Krankenbett entfielen im Jahre durchschnittlich 14·09 Patienten. Die Verpflegskosten pro Tag und Kopf eines Verpflegten betrugen 72 Kreuzer. Die sehr fleissige Arbeit kann besonders den Anstaltsärzten zur Darnachachtung auf's Wärmste empfohlen werden. *v. Buschman.*

1172. ***Ueber den Stimmumfang sechsjähriger Kinder und den Schulgesang.*** *Ein Bericht an den Grossh. Badischen Oberschulrath. Von* ***Ed. Engel,*** *Lehrer der Stimmbildung für Sprache und Gesang. Hamburg 1889. Verlagsanstalt und Druckerei-Actien-Gesellschaft (vorm. J. F. Richter)*

Denjenigen Aerzten, welche als Schulräthe oder als Functionäre der hygienischen Schulaufsicht Einfluss auf die Ertheilung des Gesangsunterrichtes in den Normalclassen zu üben in die Lage kommen, sei die vorliegende kurze Broschüre bestens empfohlen. Verf. weist nach, dass bei dem bisher üblichen Gesangsunterrichte die methodische Stimmbildung gänzlich vernachlässigt wird, so dass meistens die Stimme der Kinder auch für die Zukunft Schädigung erfährt. Es wäre nach Verf. dahin zu

wirken, dass bei den ersten Gesangsübungen zunächst die Aussprache und dann der Stimmansatz methodisch geübt werde. Wie dies zu erreichen ist, darüber belehrt uns oben genannte Broschüre. —*r.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1173. ***Fall von Aorteninsufficienz ohne Herzstoss.*** *Mitgetheilt von Dr.* ***Martius.*** *Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin am 4. November 1889. (Deutsch. Med.-Ztg. 1889. 91.)*

Der vorgeführte Fall von Aorteninsufficienz mit fast vollständig verschwundenem Herzstoss nimmt ein gewisses principielles Interesse insofern in Anspruch, als er geeignet ist, einen wichtigen Punkt von der klinischen Lehre des Herzstosses zu ergänzen, resp. zu modificiren. Dass die allgemein anerkannte Anschauung von dem geraden Verhältniss zwischen der Stärke des Herzstosses, resp. der Ventrikelcontraction in der bisherigen allgemeinen Fassung nicht haltbar sei, hat *Martius* schon auf der Naturforscherversammlung zu Heidelberg im Anschluss an die Discussion einiger Fälle von Dilatation des linken Ventrikels in Folge von Ueberanstrengung des Herzens auseinandergesetzt, Fälle, in denen trotz der geringen Hypertrophie ein ausserordentlich verstärkter Herzstoss bestand. In dem vorliegenden Falle liegt die Sache umgekehrt. Trotz einer sehr hochgradigen Hypertrophie des linken Ventrikels und trotzdem derselbe die ihm zugemuthete Mehrarbeit vollständig überwand, bestand fast gar kein fühlbarer Spitzenstoss. Ein Grenadier kam Anfang Mai d. J. in das Garnisonslazareth mit Erscheinungen einer acut einsetzenden Erkrankung. Die Temperaturcurve der ersten Woche, die Milzanschwellung, das Auftreten einiger unbestimmter Roseolaflecke schienen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Typhus abdom. zu ergeben. Diese Diagnose wurde jedoch später dadurch unwahrscheinlich, dass das Fieber sich immer mehr als atypisches herausstellte, dass Anfang der dritten Woche am Herzen ein systolisches und anfangs der 5. Woche ein ausgesprochen diastolisches Geräusch auftrat. Das Fieber fiel ab; Patient erholte sich allmälig, nahm zusehends an Kräften zu; die Erscheinungen des Klappenfehlers bildeten sich aber immer mehr aus. Es handelt sich offenbar um eine primäre maligne Endocarditis, deren septische Erscheinungen abgelaufen waren, während die Erscheinungen des Klappenfehlers in den Vordergrund traten. Das systolische Geräusch über dem Sternum am Ansatz des zweiten Rippenknorpels hatte einen ausgesprochen giessenden Charakter; der Puls war nicht besonders hoch, jedoch deutlich schnellend; an der Stirn deutlicher Capillarpuls; Hypertrophie des linken Ventrikels. Die Diagnose einer Insufficienz der Aortenklappen liess sich daher wohl mit Sicherheit stellen, doch war der Fall nicht rein, da folgende Symptome damit nicht in Einklang zu bringen waren: Einmal der Pulsus celer, sed non altus, ferner das systolische Geräusch an der Herzspitze, endlich das nahezu vollkommene Verschwinden des Spitzenstosses. *Martius* hat schon früher seine Anschauung erörtert, dass der Herzstoss in der ersten Hälfte der Systole während der Verschlusszeit des Herzens sich vollzieht, während der das Herz runder wird, sich aufrichtet und daher gegen die Brustwand andrängt. Wenn aber die Verschlusszeit durch irgend einen Umstand fehlt, so würde nothwendigerweise der Spitzenstoss abgeschwächt erscheinen, resp. verschwinden. Dieses Verschwinden musste offenbar eintreten, wenn neben der Aorteninsufficienz gleichzeitig noch eine Insufficienz



der Mitralis besteht und auf diese schienen die übrigen Erscheinungen hinzudeuten. Bei dem Patienten traten bald Compensationsstörungen auf, denen er trotz Digitalis sehr schnell erlag. Bei der Section fand sich das Herz stark vergrössert, und zwar der linke Ventrikel stark dilatirt und hypertrophirt. Die Diagnose einer malignen Endocarditis fand sich bestätigt. Die beiden hinteren Aortenklappen waren durch einen ulcerösen Process vollkommen losgelöst. Schliesslich hat sich von der Basis der durchbohrten Klappen aus ein kleines Aneurysma an der Wand der Aorta gebildet. Die Mitralklappen waren gesund, die Mitralis zeigte sich aber so weit, dass man bequem mit drei Fingern hindurchgehen konnte. Ausserdem bestand totale Atrophie und Verfettung der Papillarmuskeln, so dass diese nicht mehr im Stande waren, die Klappen zu stellen.

In der darauffolgenden Discussion bemerkt *P. Guttmann*, dass er zwischen fehlendem Herzspitzenstoss und fehlendem Herzstoss unterscheidet. Ersterer kann fehlen, während der letztere vorhanden ist. Das Fehlen des Herzspitzenstosses bei Aortenstenose mit Mitralinsufficienz ist keineswegs die Regel.

Kleine Mittheilungen.

1174. ***Eingefädelte Nadel während 72 Stunden im Magen, grosse Schmerzen, keine bedeutenden Verletzungen.*** *Von Dr. **Marrabet du Basty**. (Art médical. December 1888. — Monatsschr. f. Ohrenhk. u. s. w. 1889. 8.)*

Ein 49jähr. Bauer verschlang mit Heisshunger Abends seine Suppe. Nach einer ruhigen Nacht ging er Morgens gesund in eine entfernte Wiese zum Mähen. Kaum hatte er begonnen zu mähen, als ihn furchtbare Schmerzen im Epigastrium befielen. Diese dauerten $2^1/_2$ Tage und hörten dann plötzlich auf. Am andern Morgen bekam er Stuhlgang. Auf einmal that er einen lauten Schrei und behauptete, von einer Schlange gebissen worden zu sein. Die Bauern liefen herbei, konnten aber keine Schlange, wohl aber einen 40 Cm. langen, aus dem After hängenden weissen Faden entdecken. Man zog daran und brachte unter vielen Schmerzen eine 5 Cm. lange, nicht eingerostete, durch den Schwefelwasserstoff schwarz gefärbte Nadel hervor. Das Fehlen von Rost und das Unversehrtsein des Fadens bewiesen, dass der Fremdkörper nur kurze Zeit im Magen und Darm geblieben war; er war jedenfalls Abends mit der Suppe am Tage vor dem ersten Schmerzanfall verschluckt worden.

1175. ***Das Codeïn oder Methylmorphin*** zeichnet sich vor den übrigen Alkaloiden durch seine grössere Löslichkeit (1 : 80) aus, es ist der Methyläther des Morphins, d. h. das H-Atom der Hydroxylgruppe des Morphins $C_{17} H_{18} NO_2 (OH)$ ist durch das Alkoholradical CH_3 vertreten $= C_{17} H_{18} NO_2 (OCH_3)$. Nach *Freund* ist es bei Schmerzen, welche von der Gebärmutter ausgehen (Dysmenorrhoe oder acute und chronische Leiden), so auch bei Tubenerkrankungen als schmerzstillendes Mittel zu empfehlen. Das Codeïn betäubt nicht, beeinflusst weder Appetit noch die Darmentleerung, und es gibt auch keine Gewöhnung an das Mittel. (Ther. Monatsheft. 1889. September. — Deutsch. med. Wochenschr. 44.)

1176. ***Die Hygiene und Behandlung des Zahnens*** besteht im Wesentlichen in der örtlichen Pflege der Mundschleimhaut. Zu dem Behuf empfiehlt es sich nach *Monti*, mit dem folgenden antiseptischen Mundwasser dem Gebote der Prophylaxe zu genügen:

Rp. *Acid. bor. 3·0*
Aq destill. 200 0
Tinct. Myrrh. 3 0.

Rp. *Natr. salicyl. 5·0*
Aq. destill. 200 0
Tinct. Myrrh. 3·0.

Mit einer der beiden Solutionen mehrmals täglich die Mundhöhle zu waschen. (Deutsch. med. Wochenschr. 1889. 44.)



1177. ***Zur Aetiologie des Diabetes mellitus.*** *Von Dr. **Michael**. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. XLIV, pag. 597. — Centralbl. f. klin. Med. 1889. 45.)*

Der Casuistik der Erkrankungen der Medulla oblongata, insbesondere der Rautengrube, fügt *Michael* folgenden Fall hinzu: Ein 20jähriger, bis dahin gesunder Mann erkrankt ohne nachweisbare Ursache an einem mittelschweren Diabetes. Nach 6monatlichem Bestande stirbt Patient unter den Erscheinungen eines Coma. Die Section ergab einen freien Cysticercus racemosus im 4. Ventrikel, des Weiteren fanden sich ausgedehnte Granulationen und polypöse Wucherungen des Ependyms des 4. Ventrikels.

1178. ***Die diuretische Wirkung der Chimaphila umbellata.*** *Von Dr. **Abet**. (Bull. gén. de Thérap. CXVI. 1889. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889. 44.)*

Verf. behandelte 11 Herzkranke, die an Dyspnoe und mehr oder weniger beträchtlichen Oedemen litten, mit dem wässerigen Auszuge eines alkalischen Extractes der Chimaphila umbellata. Bei 10 Patienten war der Erfolg deutlich. Tägliche Aufnahme von 10·0—15·0 des zur weichen Consistenz eingeengten Auszuges 1—$1^1/_4$ Monate lang genommen, bedingte vom 2 Tage ab vermehrte Diurese, bis zu 5 Liter in 24 Stunden. Nach dem Schwinden des Oedems ging auch die Harnproduction auf die normale Höhe herab. Eine Wirkung auf das Herz konnte Verf. nicht constatiren.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Albert, Dr. Eduard, k. k. Hofrath, o. ö. Prof. d. Chirurgie und Vorstand der I. chirurgischen Klinik an der k. k. Universität Wien. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. I. Band. Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes und Halses. Mit 135 Holzschnitten. Vierte umgearbeitete Auflage. Wien u. Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1890.

Eichhorst, Dr. Hermann, o. ö. Professor der speciellen Pathologie und Therapie und Director der med. Universitätsklinik in Zürich. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für praktische Aerzte und Studirende. I. Bd. Krankheiten des Circulations- und Respirations-Apparates. Mit 166 Holzschnitten. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1890.

Hajek, Dr. S., d. z. Bibliothekar der k. k. Gesellschaft der Aerzte. Geschichte der k. k. Gesellschaft der Aerzte von 1837—1888. Bei Gelegenheit des 50jährigen Jubiläums herausgegeben. Wien 1889. Alfred Hölder, k. u. k. Hof- u. Universitätsbuchhändler.

Körösi Joseph, Mitglied der Ungarischen Akademie der Wissenschaften, Director des Budapester communalstatistischen Bureaus. Kritik der Vaccinations-Statistik und neue Beiträge zur Frage des Impfschutzes. Denkschrift an den IX. internationalen med. Congress zu Washington 1887. Zweiter erweiterter Abdruck. Berlin 1890, Puttkammer u. Mühlbrecht.

Leuckart, Dr. Phil. und Med. Rudolf, o. ö. Professor der Zoologie und Zootomie an der Universität Leipzig. Die Parasiten des Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten. Ein Hand- und Lehrbuch für Naturforscher und Aerzte. I. Bd. 4. Lieferung. Mit 131 Holzschnitten. II. Auflage. Leipzig und Heidelberg, C. F. Winter'sche Verlagshandlung, 1889.

Volkmann Richard v., Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern, herausgegeben von —.
Nr. 346. *Nonne Max.* Ueber Hypnotismus.
Nr. 347. *Dührssen Alfred.* Ueber die Behandlung der Blutungen post partum. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf u. Härtel, 1889.

Samuely, Dr. J. Ueber die Mattoni'schen Moorextracte und deren Verwerthung in der ärztlichen Praxis. Separat-Abdruck aus Nr. 40 u. 41 (1889) der „Wiener med. Blätter", Wien 1889.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien.

